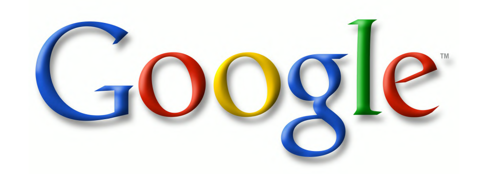




Die Erkennung

und

[Beha]ndlung der Melancholie

in der Praxis.

Von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Th. Ziehen**
in Berlin.

Zweite, durchgesehene und verbesserte Auflage.



Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1907.


LANE
MEDICAL
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
SEMPER VIRENS
1885
LIBRARY
LEVI COOPER LANE FUND

Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis.

Von

Geh. Med.-Rat **Prof. Dr. Th. Ziehen**
in Berlin.

Zweite Auflage.



Halle a. S.,
Verlag von Carl Marhold.
1907.

Die erste Auflage dieser Broschüre erschien in der

Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

Begründet von
Direktor Prof. Dr. **Konrad Alt,** Uchtspringe (Altmark).

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

Herausgegeben von
Geh. Hofrat Prof. Dr. **A. Hoche,** Freiburg i. Br.

als Heft 2 und 3 des I. Bandes.

Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis.

Von

Prof. **Th. Ziehen** in Jena.

Eine derjenigen Psychosen, welche in der Praxis oft genug nicht in ihrem vollen Ernst erkannt wird und deshalb zu schwerem Unglück — Versuchen gegen das eigene Leben, gegen das Leben der eigenen Kinder u. a. m. — Anlaß gibt, ist die Melancholie. Im folgenden soll daher kurz die Definition, die Häufigkeit und Ätiologie, die Symptomatologie, der Verlauf, die Prognose und ausführlich die Erkennung und Behandlung, letztere mit besonderer Berücksichtigung der Selbstmordgefahr, erörtert werden. Die Literaturnachweise werde ich auf solche Werke und Arbeiten beschränken, welche zu weiterer Orientierung für den Praktiker besonders geeignet sind.

I. Definition.

Die Definition der Melancholie ist nicht stets in gleicher Weise gegeben worden. Heute verstehen wir unter Melancholie eine Psychose, deren Hauptsymptome folgende sind:

1. primäre kontinuierliche, motivlose oder ungenügend motivierte traurige Verstimmung oder Depression;

2. primäre Verlangsamung des Vorstellungsablaufs oder Denkhemmung.

Das erste Symptom fehlt niemals, das zweite kann vorübergehend unter besonderen später zu erwähnenden Umständen verdeckt werden. Der Sinn beider Symptome bedarf keiner

weiteren Erklärung. Ich bemerke nur, daß das Eigenschaftswort „primär“ bedeutet „nicht durch anderweitige psychopathische Symptome hervorgerufen“. Es gibt auch eine sekundäre Depression und eine sekundäre Denkhemmung. Wenn ein Paranoiker unter dem Einfluß von Verfolgungsvorstellungen oder verfolgenden Stimmen traurig ist, so ist diese traurige Verstimmung oder Depression sekundär; denn sie ist hervorgerufen durch ein anderes psychopathisches Symptom, nämlich die Vorstellungen, bezw. Sinnestäuschungen traurigen Inhalts. Ebenso kennen wir Kranke, deren Denkhemmung sekundär ist. So beobachtet man z. B. unter dem Einfluß faszinierender Halluzinationen eine ausgesprochene Verlangsamung des Vorstellungsablaufs. Auch diese ist sekundär, weil sie an ein anderweitiges psychopathisches Symptom, nämlich z. B. faszinierende Halluzinationen, gebunden ist. Dem gegenüber ist die Depression und die Denkhemmung der Melancholie primär. Allerdings kommen zuweilen auch Sinnestäuschungen und oft Wahnvorstellungen im Verlaufe der Melancholie vor. Aber aus dem Studium des Verlaufs und aus der direkten Befragung des Kranken ergibt sich, daß die Traurigkeit und die Denkhemmung lange vor den Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen aufgetreten sind und daß auch im weiteren Verlauf die Sinnestäuschungen nur ein gelegentliches, nebensächliches Begleitsymptom darstellen und die Wahnvorstellungen geradezu erst sekundär in einer später noch zu erörternden Weise aus der traurigen Verstimmung sich entwickelt haben, während die Depression vom Anfang der Krankheit an bestand, kontinuierlich während der ganzen Krankheit anhält und bei sorgfältiger psychologischer Analyse sich stets als primär erweist.

Die Depression und die Denkhemmung der Melancholie sind einander coordiniert. Beide verstärken sich gegenseitig, ohne daß man immer entscheiden könnte, ob diese mehr auf jener oder jene mehr auf dieser beruht. Im allgemeinen lehrt allerdings eine sorgfältige Beobachtung, daß in den meisten Fällen die Depression noch früher auftritt, noch kontinuierlicher und ausgesprochener ist als die Denkhemmung. Insofern zählt man die Melancholie mit Recht zu den affektiven Psychosen, d. h. denjenigen Psychosen, deren primäres Hauptsymptom eine affektive Veränderung ist.

II. Häufigkeit und Ätiologie.

Die offizielle Statistik der Irrenanstalten ist für die Feststellung der Häufigkeit der Melancholie kaum zu verwerten, weil erstens auf den offiziellen Zählblättern die Melancholie mit der Manie, Paranoia etc. zusammen unter den Begriff der „einfachen Psychosen" rubriziert ist, und zweitens gerade die Melancholie sehr häufig außerhalb der Anstalt verläuft. Ich habe seiner Zeit die in der Landesirrenheilanstalt zu Jena in der Zeit vom 1. Januar 1886 bis zum 1. Januar 1895 aufgenommenen Fälle, welche mir Herr Prof. Binswanger freundlichst zur Verfügung gestellt hatte, zusammengestellt.*) Es waren dies

auf der Frauenabteilung 160 = 16,4 %,
auf der Männerabteilung 78 = 5,3 % Melancholien.

Dabei habe ich nur diejenigen Fälle mitgezählt, welche der oben aufgestellten Definition vollständig entsprechen. Diejenigen Fälle, wo neurasthenische oder hysterische Symptome vorausgegangen waren oder noch bestanden, habe ich nur mitgezählt, wenn die typischen Symptome, also namentlich eine kontinuierliche motivlose Depression, bestanden. Vereinzelte Angstaffekte kommen oft genug bei der Neurasthenie und bei der Hysterie vor, ohne daß man berechtigt wäre, von einer etwa hinzugetretenen Melancholie zu sprechen. Dagegen ist eine kontinuierliche motivlose Depression sowohl der einfachen Neurasthenie wie der einfachen Hysterie fremd. Für erstere ist vielmehr die krankhafte Reizbarkeit, für letztere die krankhafte Labilität der Stimmung charakteristisch. Wenn also bei einer Neurasthenie oder Hysterie eine kontinuierliche motivlose Depression oder Angst auftritt, so hat man das Recht anzunehmen, daß eine Komplikation von Neurasthenie oder Hysterie mit Melancholie eingetreten ist. Ich werde übrigens die Häufigkeit, spezielle Ätiologie, Behandlung etc. der auf dem Boden einer Hysterie oder Neurasthenie zur Entwicklung gelangten Melancholien später noch speziell erörtern.

*) Ich habe auch in der neuen Auflage die alten gesammelten Zahlen aus meiner Jenenser Tätigkeit, weil sie sich über einen längeren Zeitraum erstrecken, ein ziemlich einheitliches Material betreffen und auf sehr sorgfältigen Feststellungen beruhen, beibehalten.

Das Überwiegen des weiblichen Geschlechtes äußert sich nicht allein in dem soeben gegebenen Zahlenunterschied, sondern auch darin, daß die reinen, ganz unkomplizierten typischen Melancholiefälle bei dem weiblichen Geschlecht das Hauptkontingent stellen, während unter den Melancholiefällen der Männerabteilung verhältnismäßig viele komplizierte, atypische Fälle vorkommen.

Ich habe inzwischen Gelegenheit zu statistischen Ermittelungen an andern Orten gehabt. Einer meiner Assistenten*) hat speziell für die Psychiatrische Klinik in Berlin die Statistik der Melancholie bearbeitet. Der Vergleich dieses großstädtischen Krankenmaterials mit demjenigen der Jenenser Anstalt, welches vorzugsweise vom Lande stammt, bietet viel Interesse. Bemerkenswert ist namentlich die Seltenheit der Melancholie bei dem männlichen Geschlecht in der Großstadt.

Die Häufigkeit der Melancholie im allgemeinen wird durch diese Zahlen noch nicht in adäquater Weise ausgedrückt. Es bleibt nämlich zu berücksichtigen, daß gerade die Melancholie nicht selten außerhalb der Anstalt verläuft. Ich habe deshalb den Prozentsatz der mir außerhalb der Anstalt, also in der Sprechstunde, zu Gesicht gekommenen Nerven- und Geisteskrankheiten an Melancholien bestimmt. Derselbe beläuft sich auf 7,2%.

Die Verteilung auf die verschiedenen Altersstufen stellt sich nach der Anstaltsaufnahme 1886—1894 folgendermaßen dar:

	15—20	20—25	25—30	30—35	35—40	40—45	45—50
M.	2	9	2	13	13	2	14
Fr.	3	9	15	20	17	23	27

	50—55	55—60	60—70	70—80
M.	11	5	4	0
Fr.	18	13	10	1

Alle periodischen Fällle habe ich bei dieser Zusammenstellung weggelassen. Die Prädilektionszeit der Melancholie ist offenbar das vierte und fünfte Lebensjahrzehnt bei dem weib-

*) Lipschitz, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1905.

lichen Geschlecht. Für das männliche sind meine Zahlen noch zu klein, doch möchte ich ausdrücklich hervorheben, daß die 9 Fälle im 5. Lustrum mit Ausnahme eines einzigen mit Neurasthenie kompliziert waren. Die meisten unkomplizierten Melancholien fallen bei den Männern nach meinen Zählungen auf das 45.—55. Lebensjahr. Andrerseits liegt auf der Hand, daß die neuerdings aufgetauchte Behauptung, die Melancholie sei schlechthin eine „Rückbildungskrankheit“, den Tatsachen durchaus nicht entspricht.

Später habe ich übrigens auch nicht wenige Fälle von Melancholie im Kindesalter beobachtet.

Unter den prädisponierenden Ursachen der Melancholie steht die erbliche Belastung an der Spitze, wie aus folgender Übersicht hervorgeht:

A. Männliches Geschlecht.

Belastung von Vaterseite lag vor in 17 Fällen (= 21,8%), worunter in 14 Fällen schwer*).

Belastung von Mutterseite lag vor in 13 Fällen (= 16,7%), worunter in 12 Fällen schwer.

Belastung, unbestimmt von welcher Seite**), lag vor in 5 Fällen (= 6,4%).

Belastung von Vater- und Mutterseite lag vor in 7 Fällen (= 0,9%).

Belastung war bestimmt auszuschließen in 8 Fällen (= 10,0%).

B. Weibliches Geschlecht.

Belastung von Vaterseite in 27 Fällen (= 16,9%), in 24 Fällen schwer.

Belastung von Mutterseite in 33 Fällen (= 20,6%), in 27 Fällen schwer.

Belastung, unbestimmt von welcher Seite, in 15 Fällen (= 9,4%).

---

*) Als leicht habe ich eine Belastung gezählt, welche lediglich auf Kopfschmerzen, Charakteranomalien, Gicht, Diabetes des Vaters oder der Mutter beruht.

**) Es sind dies vorzugsweise Fälle, in welchen nur bei einem oder mehreren Geschwistern Psychosen oder Neurosen nachzuweisen waren.

Belastung von Vater- und Mutterseite in 20 Fällen (= 12,5%), in 18 Fällen schwer.

Belastung fehlte bestimmt in 18 Fällen (= 11,3%).

In den übrigen Fällen waren die Angaben über Heredität so lückenhaft oder so unbestimmt, daß die Belastung fraglich blieb, doch glaube ich, daß unter diesen Fällen erheblich mehr unbelastete als belastete anzunehmen sind, da die Lücken der Stammbäume oft nicht groß waren. In denjenigen Fällen welche oben als bestimmt unbelastet aufgeführt wurden, lag ein vollständiger, von mir selbst aufgenommener Stammbaum bis zur großelterlichen Generation (incl.) vor. Trunksucht der Aszendenten war nur in 5 Fällen nachgewiesen, doch ist zu berücksichtigen, daß gerade diese oft von den Angehörigen verschwiegen wird. Auffällig oft findet sich gleichartige Vererbung. Bei 4 männlichen Melancholischen hatte der Vater, bei 4 weiteren die Mutter gleichfalls an Melancholie gelitten, desgleichen bei 4 weiblichen Melancholischen der Vater und 8 weiblichen Melancholischen die Mutter (in Summa bei 8,4%). Noch auffälliger gestalten sich die statistischen Ergebnisse, wenn man alle diejenigen Fälle zusammenstellt, in welchen Melancholie oder Selbstmord bei irgend einem blutsverwandte Familienglied sich nachweisen läßt: ich habe solcher Fälle 48, 15 und 33) = 20,2% gefunden. In einem Fall waren in der Familie 6 Erkrankungen an Melancholie und 3 Selbstmorde vorgekommen. Die Ermittelungen von Lipschitz für die Berliner Klinik stimmen hiermit gut überein.

Oft hört man auch, daß der Vater oder die Mutter übertrieben pedantisch waren. Auch von Zwangsvorstellungen in der Aszendenz hört man auffällig oft. Eine engere Verwandtschaft der Melancholie zu der Zwangspsychose ergibt sich somit schon aus der Ätiologie.

Außer der Erblichkeit spielen jugendliche Hirnerkrankungen eine prädisponierende Rolle. Sie waren in 6 Fällen beim männlichen und in 5 Fällen beim weiblichen Geschlecht nachzuweisen. In zwei weiteren Fällen war in der Jugend eine typische Chorea minor aufgetreten. Einen sehr leichten angeborenen Schwachsinn (Debilität) konstatierte ich bei 9 weiblichen Kranken. Neurasthenie war der Melancholie bei

11 männlichen und 9 weiblichen Kranken vorausgegangen, Hysterie bei 3 weiblichen Kranken. Äußerst selten ist eine echte Melancholie bei der Epilepsie. Auffällig oft tritt Migräne unter den persönlichen Antezedentien der weiblichen Kranken auf (10 Fälle = 6,3%).

Endlich ist bekannt, daß auch das Temperament eine leichte Prädisposition abgibt. Bei 15 weiblichen und 4 männlichen Kranken sind solche Temperamentsanomalien nachgewiesen: meist handelt es sich in diesen Fällen um ein auffällig ängstliches, seltener um ein auffällig reizbares Temperament. Ein übertriebenes Pflicht- und Verpflichtungsgefühl, abnorme Pedanterie u. dgl. wird oft hervorgehoben. Mehrfach wurde mir auch über Anfälle von Pavor nocturnus in der Kindheit berichtet.

Intoxikationen scheinen eine geringe Rolle zu spielen. Chronische Alkoholintoxikation lag bei 5 Männern und 1 Frau vor. Tabakmißbrauch kommt bei 3 männlichen Kranken in Frage. Die Bleimelancholie ist äußerst selten.

Das Moment der Erschöpfung spielt in den verschiedensten Gestalten eine Rolle. Erschöpfende sexuelle Exzesse, namentlich exzessive Masturbation, könnten in 18 Fällen (12 männliche, 6 weibliche Kranke) in Betracht kommen. Gehäufte Geburten und protrahierte Laktation spielten in je 2 Fällen die entscheidende Rolle, schwere Blutverluste (z. B. klimakterische Metrorrhagien oder Nachblutung am 11. Tage nach einer Geburt) kommen in 3 Fällen in Betracht. Intellektuelle und körperliche Überanstrengung ist in 27 Fällen (6 M., 21 Fr.) von Bedeutung. Meist ist jedoch die Überanstrengung nicht allein und auch nicht hauptsächlich als solche wirksam, sondern sie wirkt namentlich vermöge der mit ihr verbundenen Affektschädigungen (Gefühl der Verantwortlichkeit, der Insuffizienz etc.). In zahlreichen Fällen habe ich eine Melancholie unmittelbar nach einer Hunger- bezw. Entfettungskur, z. B. in Karlsbad, Marienbad u.s.f., beobachtet.

Insolation finde ich in einem Fall, Kopftraumen in 8 Fällen (6 M., 2 Fr.) wirksam.

Graviditätsmelancholien habe ich nur 4 in der genannten Zeit beobachtet, Puerperalmelancholien s. str. 11. Bei den letzteren wirkt das Puerperium in sehr verschiedener Weise:

bald ist es der mit unehelicher Geburt verbundene Affektshock (3 F.), bald der mit dem Puerperium verbundene Blutverlust, bald die Erschöpfung nach gehäuften Geburten etc. Der Einfluß der Laktation wurde schon erwähnt.

Gynäkologische Erkrankungen und eingreifende oder langwierige gynäkologische Behandlungen sind in 7 Fällen nachweislich von Einfluß gewesen. Ein unmittelbarer Zusammenhang mit dem Klimakterium war in 8 Fällen plausibel (worunter 2 Fälle klimakterischer Metrorrhagien).

Anderweitige körperliche Krankheiten spielen eine untergeordnete Rolle*). In der Regel ist die körperliche Krankheit nicht als solche der wirksame Faktor, sondern sie wirkt meist vermöge der damit verknüpften Affekte der Sorge, Furcht etc. Die folgende Zusammenstellung umfaßt beide Geschlechter:

Panaritium	1	Fall
Carcinoma**) mammae	1	„
„ uteri	1	„
Gonorrhoe	1	„
Cystitis	2	Fälle
Ulcus ventriculi	2	„
Magendarmkatarrh	4	„
Vitium cordis	2	„
Akuter Gelenkrheumatismus	3	„
Tuberculosis pulm.	1	Fall
Influenza	5	Fälle
Nephritis	1	Fall
Diphtherie	1	„
Pharyngitis chron.	1	„
Ekzem	1	„
Augenerkrankungen	1	„
Akute syphilitische Symptome	5	Fälle.

Die anfallsweisen Angstzustände (zuweilen Angstdämmer-

*) Eine sehr ausführliche Besprechung dieser ätiologischen Beziehungen geben Roubinovitch und Toulouse in ihrer Monographie (La Mélancolie. Paris 1897, S. 287 ff.).

**) In solchen Fällen ist wahrscheinlich meistens entweder die Kachexie oder die Sorge um die Krebskrankheit das eigentliche ätiologische Moment.

zustände), welche bei Herzfehlern gelegentlich vorkommen, gehören natürlich nicht hierher.

Mehr Bedeutung schreibe ich der Arteriosklerose zu. Es scheint mir nicht ausgeschlossen, daß leichtere Störungen der Hirnzirkulation und Hirnernährung, welche durch die Arteriosklerose der Hirngefäße hervorgerufen waren, namentlich, aber nicht ausschließlich bei Belasteten eine Melancholie zu erzeugen im Stande sind, während schwerere arteriosklerotische Ernährungsstörungen zur arteriosklerotischen, bezw. senilen Demenz führen.

Die Gicht halte ich für fast ganz bedeutungslos. Daß der Diabetes ätiologische Beziehungen zur Melancholie hat, ist mir unzweifelhaft. Allerdings scheint mir auch eine symptomatische Glycosurie bei der Melancholie vorzukommen.

Alle seither aufgeführten Ursachen — mit Ausnahme der Erblichkeit — treten an Bedeutung gegenüber Gemütserschütterungen zurück. Ich zähle unter den männlichen Kranken nicht weniger als 29 (= 37,2%) und unter den weiblichen 71 (= 44,4%), bei welchen sicher ein einmaliger Affektstoß oder eine protrahierte Affektschädigung von entscheidendem Einfluß gewesen sind. Man hat diesen Faktor oft mit Unrecht gering geschätzt. Ich habe stets besonders darauf geachtet. ob schon vor dem Affektstoß etwa eine krankhafte Depression bestanden hat. In den soeben bezeichneten Fällen traf letzteres nicht zu. Die Gemütsbewegungen, welche eine Melancholie hervorrufen, können der verschiedensten Art sein, doch kehren in auffälliger Häufigkeit ganz bestimmte Affekte bei der ätiologischen Statistik immer wieder. An der Spitze steht Tod und schwere Krankheit eines Angehörigen (Kindes, Ehemanns etc.). Überanstrengung bei der Pflege des Kranken spielt zuweilen mit, der Hauptfaktor ist jedoch meist die Sorge, die Angst und die Trauer. Eine auffällig große Zahl von Fällen stellten weiterhin die mit der Verlobung verbundenen Affekte. Bald ist es Braut oder Bräutigam, welche zweifeln, ob sie „richtig gewählt", ob sie „das Glück verdient", ob sie den Ansprüchen des ehelichen Lebens gewachsen seien etc., bald ist es die Mutter, welcher Bedenken aufsteigen, ob sie die Zustimmung zur Verlobung der Tochter nicht zu rasch gegeben, ob sie den

Hochzeitsvorbereitungen gewachsen ist und dergl. mehr. Sehr viel seltener sind demgegenüber Hochzeitsmelancholien. Ich habe nur einen ausgeprägten Fall gesehen.*) Von großer ätiologischer Bedeutung sind ferner die Affekte, welche mit einem erheblicheren Wechsel in der Lebensstellung oder Lebensweise verknüpft sind 18 Fälle in der Jenenser Statistik); so kann z. B. gerade auch die Beförderung in eine höhere, verantwortungsvollere Stellung eine Melancholie hervorrufen. Die Versetzung an einen anderen Ort, in eine andere Tätigkeit, ein einfacher Umzug kann bei dem Prädisponierten den Ausbruch einer Melancholie herbeiführen. Relativ selten ist das Heimweh als solches die Ursache einer Melancholie. Protrahierte pekuniäre Sorgen spielen nach meiner Zusammenstellung eine geringere Rolle, eine viel größere hingegen der einmalige pekuniäre Verlust. Ein Stück Vieh stirbt, die Kuh „kalbt unrichtig". ein Schuldner geht durch, und die Melancholie bricht aus. Auch der einfache Schreck ist nicht selten wirksam. Einen Brand, auch wenn er wenig oder keinen Schaden gestiftet hat, und ähnliche Erlebnisse finde ich mehrfach verzeichnet.

Die Schädlichkeiten der Einzelhaft führen nur sehr selten zur reinen Melancholie.

Dabei ist stets festzuhalten, daß die Melancholie ebenso wie die meisten anderen Psychosen eine Krankheit mehrerer Ursachen ist. Zwei oder mehrere der aufgezählten Faktoren wirken gewöhnlich zusammen. Häufig findet man z. B. die Trias: erbliche Belastung, Überanstrengung, Affektstoß u. s. w.

Fälle, in welchen gar keine Gelegenheitsveranlassung nachweisbar ist, sind nach meiner Erfahrung ungemein selten. Am häufigsten habe ich sie noch bei schwer erblich belasteten Individuen im Klimakterium bezw. Praesenium gesehen. Diese Fälle sind übrigens stets auf periodischen Verlauf verdächtig.

*) Auch nach unehelicher Defloration ist Melancholie nicht häufig. Einen charakteristischen Fall habe ich kürzlich beobachtet. Wir dachten zuerst, daß die Angst vor unehelicher Gravidität die Hauptrolle spiele, indes hielt die Melancholie auch nach Eintritt der Menstruation noch an, und aus der Angabe der Kranken ergab sich, daß doch wohl der psychische Shock der Defloration eine größere Rolle gespielt hatte als die Graviditätsfurcht.

III. Entwicklung.

Nach der Intensität der Symptome unterscheidet man zwei Hauptformen, die Melancholie s. str. und die Hypomelancholie. Die folgende Darstellung bezieht sich zunächst ausschließlich auf die Melancholie im engeren Sinne.

Zuweilen ist der Ausbruch der Melancholie perakut. Namentlich bei der periodischen Melancholie (s. u.) habe ich zuweilen einen ganz plötzlichen Ausbruch und Krankheitsanstieg, in zwei Fällen begleitet von Schüttelfrost, beobachtet. In den meisten Fällen geht ein kürzeres oder längeres Prodromalstadium voraus: Schlaf und Appetit lassen nach, gelegentlich tritt bereits eine unmotivierte Depression auf, auch klagen die Kranken bereits gelegentlich über leichte Denkhemmung. Oppressionsgefühle auf der Brust erscheinen bereits als Vorboten der späteren Angstaffekte. Der Übergang aus dem Prodromalstadium in die vollentwickelte Krankheit vollzieht sich meist sehr jäh. Bald knüpft er an irgend ein Erlebnis, bald an irgend einen fast zufälligen Gedanken des Kranken an. Das den definitiven Ausbruch auslösende Erlebnis ist oft äußerst harmlos. So habe ich eine Frau beobachtet, welche ihr Kind verloren hatte und seitdem die oben angeführten Prodromalerscheinungen zeigte. Eines Nachmittags nahm sie an einer Kaffeegesellschaft teil, die Wirtin gab ihr dabei das letzte Stück Kuchen und sagte dazu: „Den Rest dem Gottlosen“. Die Frau wußte wohl, daß dies eine scherzhafte, allgemein übliche Redensart ist, aber damals faßte sie die Äußerung im Ernst auf und bezog sie speziell auf sich. Noch an demselben Tage stellten sich intensive Angst und wahnhafte Selbstanklagen ein: die Krankheit war aus dem Prodromalstadium mit einem Schlag in das Akmestadium übergegangen. Der weitere Verlauf entsprach demjenigen einer typischen Melancholie. Eine andere Kranke litt seit vielen Jahren an Retroflexio uteri. Im Klimakterium stellten sich Schmerzen und leichte Parästhesien in den Beinen ein; sie begab sich daher in gynäkologische Behandlung. Da letztere ihre Beschwerden nicht beseitigte, war sie sehr besorgt, schlief schlechter, hatte wenig Lust zur Beschäftigung im Hause und aß weniger. Eines Tages klagte

sie dem Frauenarzt wieder und dieser äußerte: wenn sie glaube, der Rücken sei nicht gesund, dann müßten ganz andere Symptome bestehen. Alsbald stellte sich Angst ein; zu Hause schlug sie in einem populären Buch den Artikel Rückenmarkskrankheiten nach und fand, daß solche von Masturbation herrühren könnten. Sofort fiel ihr ein, daß sie als Mädchen masturbiert hatte, und damit war die hypochondrische Wahnvorstellung eines Spinalleidens und die wahnhaft übertriebene Selbstanklage der Masturbation gegeben. Seit jenem Tage verlor die Kranke ihre Angst und ihre Wahnvorstellung bis zu ihrer Genesung nicht. Neben diesen Fällen finden sich andere, in welchen das Prodromalstadium ganz allmählich sich zum Akmestadium weiter entwickelt: die Depression wird immer kontinuierlicher, immer öfter und immer intensiver stellen sich Angstfälle ein, und Hand in Hand mit der affektiven Veränderung finden sich die charakteristischen Wahnvorstellungen der Melancholie ein.

In sehr seltenen Fällen habe ich ein kurzes hyperthymisches Prodromalstadium beobachtet.

IV. Symptome des Höhestadiums.

Das Haupt- oder Höhestadium der Melancholie ist, wie bei der Definition der Krankheit bereits erörtert wurde, durch zwei Hauptsymptome charakterisiert, die Depression und die Assoziationshemmung. Für die Melancholie s. str. oder Melancholia anxia ist weiterhin charakteristisch, daß zu der einfachen Depression noch Angstaffekte hinzutreten, und daß letztere oft ihrerseits zu bestimmten sekundären Wahnvorstellungen Anlaß geben. Bei der Hypomelancholie fehlen Angstaffekte, und sekundäre Wahnvorstellungen treten nur sehr selten und nur angedeutet auf.

Die Depression ist stets kontinuierlich, wechselt aber der Intensität nach oft innerhalb ziemlich weiter Grenzen. Die Angst ist gleichfalls meist kontinuierlich, seltener tritt sie anfallsweise auf, aber auch wenn sie kontinuierlich ist, verstärkt sie sich doch bei den meisten Kranken anfallsweise. Man kann insofern daher bei den meisten Kranken doch von Angstanfällen reden. Bald treten letztere vorwiegend morgens auf, bald vorwiegend nach den Mahlzeiten (so z. B. sehr oft

in der Ruhezeit nach dem Mittagessen), etwas seltener abends und nachts. Mitunter schließen sie sich direkt an jedes Aufwachen an. Während die einfache Depression in der Regel nicht von körperlichen Empfindungen begleitet ist, fehlen letztere der Angst selten. Die Kranken geben in vielen Fällen direkt an, daß sie die Angst in der Herzgegend oder auf der ganzen Brust oder in der Magengrube empfinden und das Gefühl der Atmungsbehinderung (Oppression) haben; man bezeichnet diese Form der Angst auch als Präcordialangst. Andere fühlen die Angst namentlich im Kopf oder im Hals. Im ersteren Fall habe ich schon die Angabe gehört, daß die Angst sich mit einem Gefühl des Drehens oder des Schwindels verknüpfe. Die körperliche Begleitempfindung der Halsangst ist meist ein krampfhaftes Gefühl der Zusammenziehung (Konstriktion) im Hals. Sehr oft hört man auch, daß die Angst aus der Brust wie ein heißer Strom zum Kopf aufsteige. Auch die Lokalisation der Angst in das Abdomen ist garnicht selten. In einem Fall, in welchem die Sorge um ein übrigens harmloses und fast geheiltes Blasenleiden (Cystitis) die Melancholie hervorgerufen hatte, versetzte die Kranke mit der größten Bestimmtheit ihre Angst stets in die Blasengegend. Seltener ist die Lokalisation der Angst in die Extremitäten. So fühlte z. B. die oben erwähnte an Retroflexio uteri leidende Kranke die Angst vorzugsweise in den unteren Extremitäten. In einem Fall habe ich auch — ohne nachweisbare Veranlassung — die Lokalisation der Angst in einem Arm beobachtet. Die Dauer des einzelnen Angstanfalls schwankt innerhalb der weitesten Grenzen, bald ist er minutenlang, bald stundenlang.

Ausnahmsweise ist die Angst mit neuralgischen Schmerzen verknüpft und zwar dann meistens mit einer linksseitigen Interkostalneuralgie.*) Es kommt dies auch vor in Fällen, welche nicht mit Hysterie oder Neurasthenie kompliziert sind. Die genauere Untersuchung lehrt, daß es sich um Pseudoneuralgien (Topoalgien) handelt.

Bei vielen Kranken tritt von Anfang an die Depression vergesellschaftet mit Angst auf, bei anderen geht der Depression mit Angst ein Stadium reiner Depression (ohne Angst) voraus.

*) Eine genauere Mitteilung über diese „Angstschmerzen“ hat soeben aus meiner Klinik Bruns veröffentlicht (Mon.-Schr. f. Psychiatrie).

Die Assoziationshemmung ist nicht stets in demselben Maße ausgesprochen. Sie äußert sich sowohl in der Verlangsamung des Vorstellungsablaufes wie in der Verlangsamung der willkürlichen Bewegungen. Nur die von der Angst selbst hervorgerufenen Bewegungen und Vorstellungen bleiben von der allgemeinen Assoziationshemmung verschont. So erklärt es sich, daß Kranke, welche die einfachsten Fragen nach ihren Personalien, aus dem Einmaleins, aus der vaterländischen Geschichte garnicht oder nur sehr langsam beantworten und die einfachsten Bewegungen, zu welchen man sie auffordert, garnicht oder höchst langsam ausführen, in Stunden oder Minuten intensiverer Angst mit größter Hast jammern, sich hin- und herwerfen und mit größter Schnelligkeit einen Selbstmordversuch ausführen.

Die Wahnvorstellungen der Melancholie sind sekundär, insofern sie erst nach der Affektstörung (Depression und Angst) und in Abhängigkeit von der Affektstörung und zwar namentlich in Abhängigkeit von der Angst auftreten. Man hat sie geradezu als Erklärungsversuche der Angst bezeichnet Wenn der Melancholiker die Wahnvorstellung bildet, er habe einen Mord begangen, so dachte man sich den psychologischen Hergang folgendermaßen: der Kranke bemerkt seine Angst, erinnert sich, daß gewöhnlich der Schuldbeladene Angst fühlt, und schließt nun, daß auch er schuldbeladen sei. So logisch-schematisch vollzieht sich jedoch in Wirklichkeit die Entstehung der melancholischen Wahnvorstellung fast niemals. Allerdings hört man zuweilen von den Kranken selbst, sie fühlten „eine Herzensangst, als ob sie einen Mord auf dem Gewissen hätten", und beobachtet dann, daß solche Kranke nun ihre ganze Vergangenheit durchgrübeln, ob sie je ein Verbrechen begangen; dabei geraten sie schließlich auf einen harmlosen Vorgang, der unter dem Einfluß ihrer Angst sich ihnen mehr und mehr zu einem Verbrechen umgestaltet. In vielen Fällen fehlt jedoch auch diese unbewußte Logik. Der Kranke hat irgend ein zufälliges Erlebnis, er hört eine Äußerung, beobachtet an seinem Körper irgend etwas etc. oder hat einen Einfall, welchen er in gesunder Zeit garnicht beachten würde. In seiner krankhaften Depression und Angst deutet er die

Äußerung und den Einfall zu einer Wahnvorstellung um. Nach meiner Beobachtung ist dies die häufigste Entstehung der melancholischen Wahnvorstellungen. Eine Kranke hat ihr Kind verloren. Sie grämt sich darüber auffällig lange und intensiv. Die Prodromalsymptome der Melancholie entwickeln sich mehr und mehr Sie muß immer wieder an die Krankheit des Kindes denken, immer wieder sich überlegen, wie es zu dem traurigen Ausgang gekommen. Ganz natürlich fällt ihr dabei auch ein: ist denn irgend etwas versehen oder versäumt worden? Bei normaler Affektlage würde sie diese Frage sofort zurückweisen. Jetzt knüpft sich infolge der krankhaft veränderten Stimmung sofort der Gedanke an: Du hast die Arznei unpünktlich gegeben. Bei normaler Affektlage hätte die Kranke sich sofort gesagt: der Gedanke ist ganz töricht; wenn auch einmal die Arznei etwas später gegeben worden ist, so kann dies nicht zum tödlichen Ausgang geführt haben. Infolge der krankhaften Stimmungslage wird der Gedanke ohne weitere Kritik ergriffen und festgehalten. Die Angst bemächtigt sich des Gedankens, gestaltet ihn zur Wahnvorstellung aus und läßt ihn nicht mehr los. Alle Gegengründe des Arztes und der Angehörigen sind ebenso machtlos wie die normalen Erinnerungen der Kranken. Die Wahnvorstellung ist vermöge ihrer Wurzelung in der pathologischen Affektlage stärker. Erst wenn letztere bei der Genesung verschwindet, verfällt auch die Wahnidee.

Oft kann man im Verlauf der Krankheit deutlich zwei Stadien verfolgen, ein erstes der reinen Depression mit Angst und ein zweites der Depression und Angst mit sekundären Wahnvorstellungen; oft beobachtet man auch ein erstes Stadium der reinen Depression, in welchem Angst nur vereinzelt und leicht auftritt, und in einem zweiten Stadium ein fast gleichzeitiges Einsetzen gehäufter und intensiver Angst und sekundärer Wahnvorstellungen. Das erste Stadium erscheint in letzterem Fall oft als Prodromalstadium in dem oben angegebenen Sinne. Besonderer Hervorhebung bedarf es schließlich, daß nicht jede Melancholia anxia zu sekundären Wahnvorstellungen führen muß. Gelegentlich beobachtet man auch eine ausgeprägte Me-

blick zu sterben glaubte. Wenn die Pflegerin nach ihr sah, deutete sie dies dahin, man wolle nachsehen, ob sie nicht schon tot sei. Als ihr Kopfkissen einmal etwas niedriger gelegt worden war, deutete sie dies dahin, man wolle ihr schon die Lagerung einer Toten geben und dergl. mehr. Andere Kranke konzipieren mehrere und selbst zahlreiche Wahnvorstellungen: so häufen manche Kranke die verschiedensten Selbstanklagen auf sich, oder — wenn auch seltener — wähnen sie allenthalben eine tödliche Krankheit. Auch die Kombination von Versündigungs- und Verarmungswahn, Versündigungs- und Krankheitswahn (z. B. bei Masturbanten) kommt öfters vor. Oft beobachtet man ein An- und Abschwellen der Wahnvorstellung in Abhängigkeit von den Intensitätsschwankungen der Angst.

Im ganzen fällt jedenfalls die abnorme Intensität der Wahnvorstellung auf. Hat sich einmal eine Wahnvorstellung bei dem Melancholischen festgenistet, so ist er fortan kaum einen Augenblick mehr von ihr frei. Er muß immer an sie denken, in viel höherem Maße als z. B. der Paranoiker an seine Wahnvorstellung. Insofern kommt der Wahnidee der Melancholie eine pathologische „Überwertigkeit“ zu*).

Zuweilen kommen zu den soeben beschriebenen Wahnvorstellungen noch andere hinzu, welche Ergänzungen der ersteren darstellen. Ich habe sie daher als komplementäre Wahnvorstellungen bezeichnet. Teils sind es komplementäre Größenideen, teils komplementäre Verfolgungsideen. Die ersteren entwickeln sich nach dem psychologischen Gesetz des Kontrastes. Um seine augenblickliche Schuld, Krankheit, bezw. Verarmung, recht grell darzustellen, behauptet der Kranke, er sei früher unendlich gut, gesund und glücklich gewesen. Bei einem 23jährigen Kandidaten der Theologie beobachtete ich an Messiaswahn erinnernde komplementäre („kontrastierende“) Größenvorstellungen. Er äußerte z. B. folgendes: „Mein Leben ist ruiniert. Ich hab' mir Entsetzliches vorzuwerfen. Ich habe Gott geflucht. Ich fühle, daß der Tod in meiner Brust ist. Ich bin der Sohn des

*) So wird es auch verständlich, daß die älteren französischen Psychiater die Melancholie zu den Monomanien rechneten.

Verderbens, das Verderben selbst, ich bin die Lüge, ich bin der Namenlose, der die Welt hätte erretten können und das Gegenteil getan hat. Ich habe mich selbst verflucht. Der Fluch ruht auf mir. Ich werde immer kleiner. Das ist der Fluch der bösen Tat. Wir wären jetzt alle glücklich, hätte ich meine Allmacht benutzt. Ich war der heilige Geist. Die ganze Welt ist in Unglück und Entsetzen. Ich habe den heiligen Geist getötet u. s. f." Ganz ähnlich sagte mir eine weibliche Melancholische: „Ich war ein Engel, und jetzt bin ich der böse Geist." Noch häufiger sind die komplementären Verfolgungsideen. Der Kranke bezichtigt sich z. B. eines Meineides, 8 Tage später behauptet er, der Staatsanwalt habe einen Steckbrief gegen ihn erlassen, die Polizei sei ihm auf den Fersen, das Hämmern auf einem benachbarten Neubau wird als das Zimmern des Schafotts gedeutet, auf dem der Kranke hingerichtet werden soll, und dergl. mehr.

Einen schwachsinnigen Inhalt haben die Wahnvorstellungen in der Regel nicht, insofern der Kranke aus seiner Wahnvorstellung korrekt weitere Schlüsse zieht und seine Wahnvorstellungen mit Scheingründen oft sehr geschickt zu verteidigen weiß. Nur wenn Angeboren-Schwachsinnige, wie dies gelegentlich vorkommt, an Melancholie erkranken, kommt natürlich der angeborene Intelligenzdefekt auch oft in ihren Wahnvorstellungen zum Ausdruck.

In seltenen Fällen werden auch bei Vollsinnigen die melancholischen Wahnvorstellungen so maßlos, daß man geneigt sein könnte, einen Intelligenzdefekt anzunehmen, wenn nicht die Motivierung der Wahnvorstellungen auch in diesen Fällen die Intaktheit der Intelligenz erkennen ließe. So führe ich z. B. folgende Wahnvorstellungen einer Melancholischen an: „Ich hab' die Mutter Gottes betrogen. Ich hab' Adam und Eva betrogen. Auch die Felder hab' ich betrogen. [Inwiefern?] Ich hab auf dem Felde gegrast, das mir nicht gehört hat. Ich hab' auch Jesus und die zwölt Apostel betrogen. Ich hab' alles mißbraucht. Ich hab' von allen Bäumen der Welt gekostet. Adam und Eva haben doch nur von einem gekostet. Ich hab' den Leuten alles genommen. Das (deutet auf den Wiederschein der Lampe) bedeutet auf mich. Das ist der Mond oder die Sonne,

das bedeutet, daß ich sie betrogen habe. Die Welt geht unter. Der Himmel senkt sich. Da bin ich schuld". Französische Autoren haben solche maßlosen Wahnvorstellungen auch ganz zweckmäßig als Délire d'énormité bezeichnet. Mit diesem Délire d'énormité, zuweilen auch im Anschluß an hypochondrische Vorstellungen tritt nicht selten eine Délire de négation auf. Die Kranken sagen: Ich lebe überhaupt gar nicht mehr, ich habe keine Lungen, kein Herz mehr, alle Organe sind verschoben, nichts lebt mehr, ich bin kein Mensch, es gibt überhaupt keine Menschen mehr, Sie sind auch kein Mensch, es existiert überhaupt nichts mehr, Gott existiert nicht mehr u. s. f. Dazu können weiter noch eigentümliche Unsterblichkeitsvorstellungen (Délire d'immortalité) treten. Die Kranken müssen ewig leben, um ewig zu büßen u. s. f. Endlich beobachtet man in seltenen Fällen auch Vorstellungen der Thierverwandlung, sogen. zoanthropische Vorstellungen. So kannte ich z. B. einen Kranken, welcher in der Jenenser Anstalt zweimal wegen typischer Melancholie Aufnahme gefunden hatte. Im ersten Krankheitsanfall behauptete er, in einen Hund verwandelt zu sein; außerdem bestanden Wahnvorstellungen der Versündigung.

Außer solchen schweren und schwersten Wahnvorstellungen kommen bei der Melancholie auch rudimentäre vor, im Sinne eines leichten Kleinheitswahns oder sog. Insuffizienzvorstellungen, wie wir sie bei der Hypomelancholie näher kennen lernen werden.

Gegenüber den seither besprochenen Hauptsymptomen — Depression und Angst, Assoziationshemmung und sekundären Wahnvorstellungen — treten die übrigen psychischen Symptome zurück. Halluzinationen und Illusionen gehören nicht zu den konstanten oder auch nur zu den häufigen Symptomen der Melancholie. Man beobachtet sie höchstens in etwa einem Sechstel aller Fälle. Sie treten erst im späteren Verlaufe und nur gelegentlich auf. Am häufigsten sind Akoasmen und zwar namentlich solche, welche der Kranke in seinem Innern, bald im Kopf, bald in der Brust, bald im Abdomen zu hören glaubt. Ihr Inhalt entspricht gewöhnlich den Affekten, bezw. den aus ihr hervorgegangenen Wahnvorstellungen. So sagte „der liebe Gott" z. B. zu einer Kranken, „sie solle sich das Leben nehmen,

sonst komme der jüngste Tag". Die sinnliche Lebhaftigkeit dieser Stimmen ist meist nicht groß. Oft vermögen die Kranken selbst nicht zu unterscheiden, ob Gott die Worte ihnen „nur in die Gedanken gegeben habe", oder ob sie dieselben wirklich gehört haben*). Noch seltener sind Visionen (blasse Gesichter, Fratzen, Teufel etc.) und Täuschungen der übrigen Sinne. Auch diese entsprechen meist dem Inhalt der Wahnvorstellungen. So sah eine Kranke von Séglas an der Wand die Worte: Tu es maudite u. s. f.

Das äußere Bild, welches die Melancholischen gewähren, ist nicht so einheitlich und gleichförmig, wie man es vielleicht nach der Konstanz der Hauptsymptome erwarten könnte. Es hängt dies damit zusammen, daß die Angst bei den verschiedenen Individuen und zuweilen auch bei demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten das motorische System sehr verschieden beeinflußt. Bald verstärkt sie die ohnehin bestehende Hemmung, bald bedingt sie umgekehrt heftige motorische Erregung, die Agitation der Angst. Die Hemmung kann sich entweder einfach als allgemeine Resolution darstellen oder mit allgemeiner Spannung der ganzen Körpermuskulatur verbunden sein. Auf Grund dieser verschiedenartigen motorischen Reaktion auf die Affektstörung hat man oft drei Formen der Melancholie unterschieden, nämlich

1. die Melancholia passiva: Resolution herrscht vor,
2. die Melancholia attonita: Spannung der Körpermuskeln herrscht vor,
3. die Melancholia agitata: Agitation herrscht vor.

Bei der Melancholia passiva liegt die Kranke schwer in den Kissen. Hebt man eine Extremität in die Höhe, fällt sie, nur der Schwerkraft folgend, fast wie das Glied einer Leiche auf die Unterlage zurück. Willkürliche Bewegungen führt die Kranke spontan in den schwersten Fällen garnicht aus, in allen

*) In einzelnen Fällen werden bei diesen Stimmen die motorischen Sprachzentren sekundär mit erregt, so daß die Kranken z. B. bei den Akoasmen Lippe und Zunge mitbewegen. Zuweilen scheinen auch diese motorischen Erregungen oder entsprechende kinaesthetische Halluzinationen der primäre, das Lautwerden (die Gehörshalluzination) der sekundäre Vorgang zu sein.

Fällen jedoch sehr langsam und kraftlos. Bei der viel selteneren Melancholia attonita beobachtet man die verschiedensten Spannungszustände. Sehr häufig ist eine regungslose Rückenlage, bei welcher der Kopf von dem Kissen krampfhaft abgehoben ist. Stundenlang harrt der Kranke in dieser Stellung aus. Die Extremitäten sind bald starr ausgestreckt, bald in allen Gelenken gebeugt. Willkürliche Bewegungen sind noch seltener als bei der passiven Form. Fordert man den Kranken zu Bewegungen auf, so löst sich höchstens momentan die Spannung, und ruckweise führt der Kranke vielleicht schließlich eine einfache, ihm aufgetragene Bewegung aus. Passive Bewegungen stoßen auf starken Widerstand. Ausnahmsweise beobachtet man auch die sogen. Flexibilitas cerea (wächserne Biegsamkeit), d. h. die Glieder des Kranken behalten jede Stellung, welche man ihnen gibt, geraume Zeit unverändert bei. Der Gesichtsausdruck ist bei der passiven Melancholie mehr einfach traurig, bei der M. attonita vorwiegend angstvoll. Die Sprechbewegungen sind bei beiden durchweg ebenso selten und langsam wie alle anderen Bewegungen. Bei der M. attonita besteht oft tage- und wochenlang absoluter Mutismus. Ganz anders gestaltet sich das Bild der Melancholia agitata. Hier ist die Angst stärker als die Assoziationshemmung. Es kommt daher zu den mannigfachsten Ausdrucksbewegungen der Angst. Im einfachsten Fall beschränken sie sich auf ein leiseres oder lauteres Jammern. Oft kauen oder zupfen die Kranken an den Fingerbeeren. Andere Kranke kratzen und reiben sich allenthalben den Körper wund*). Andere machen mit der einen Hand melkende Bewegungen an den Fingern der andern Hand. Diese wälzen sich unruhig umher, jene führen stundenlang wiegende Bewegungen des Oberkörpers aus. Im letzteren Falle beteiligen sich oft auch die Arme in einer Weise, daß das Bild einer Ruderbewegung entsteht. Manche Kranken arbeiten vorzugsweise mit den Beinen. Zuweilen kommt es zu fast rhythmisch alternierenden Streck- und Beugebewegungen in den großen Beingelenken. Auch einen fast rhythmischen Wechsel von Beu-

*) Diese Reibbewegungen der Angst können auch zu Masturbation führen. Fünf der statistisch verwerteten Fälle zeigten solche Masturbation der Angst.

gung und Streckung im Fußgelenk, welcher an Dorsalklonus erinnerte, habe ich gelegentlich beobachtet. Sehr viele Kranke treibt der Angstaffekt aus dem Bett heraus. Sie irren dann ruhelos umher, bald in Worten jammernd, bald in unartikulierten Tönen schreiend. Man bezeichnet dies auch als die Tobsucht der Angst. Aufgetragene Bewegungen führen solche Kranken öfter und rascher aus als die vorerwähnten Kranken der passiven und gespannten Form. Auch Verunreinigungen sind bei letzteren häufiger als bei ersteren, im Allgemeinen jedoch überhaupt selten. Die Nahrungsaufnahme ist bei allen drei Formen sehr oft mangelhaft. Bei der passiven und gespannten Form tritt die Hemmung hindernd in den Weg, bei der agitierten Form läßt die Angst den Kranken nicht die erforderliche Ruhe zum Essen. Dazu kommt bei allen drei Formen, daß oft Wahnvorstellungen teilweise oder vollständige Verweigerung der Nahrungsaufnahme bedingen. Der Kranke sagt: „Ich bin zu schlecht, ich darf nichts essen“, oder „ich bin zu arm, ich kann das Essen nicht bezahlen“, oder „ich bin zu krank, das Essen bekommt mir nicht“ oder „das Essen hilft mir doch nichts mehr“. Selbstmordversuche kommen gleichfalls bei allen drei Formen vor. Relativ seltener sind sie bei der passiven Form, doch kommen sie gelegentlich auch hier vor. Am gefährlichsten sind sie bei der Melancholia attonita, weil der Pfleger sie in Anbetracht der scheinbaren Ruhe der Kranken nicht erwartet und daher die Überwachung leicht vernachlässigt. Ganz plötzlich kann bei diesen Kranken ein schwerer Angstaffekt die Hemmung durchbrechen und mit jäher Geschwindigkeit ein Selbstmordversuch erfolgen. Überhaupt bedarf es der Hervorhebung, daß die Unterscheidung einer passiven, agitierten und gespannten Form keineswegs scharf ist. In vielen Fällen beobachtet man einen Wechsel des motorischen Zustandes. Passive, agitierte nnd gespannte Zustände lösen sich ab. Endlich existieren auch viele leichtere Fälle, in welchen die Reduktion der willkürlichen Bewegungen nicht sehr erheblich und andererseits auch die Agitation nicht sehr intensiv ist. Selbstmordversuche kommen auch in solchen Fällen nicht selten vor.

Auch zu gewalttätigen Handlungen kann die Angst gelegentlich führen. Erst kürzlich beobachtete ich einen 60jähri-

gen emeritierten Lehrer, welcher in einem Angstanfall sich auf die überwachende Krankenschwester stürzte und sie am Hals packte und würgte. Eingestandenermaßen wollte der Kranke die Pflegerin beseitigen, um dann sich selbst das Leben nehmen zu können. Er genas später vollständig. Ein anderer Fall ist zu meiner Kenntnis gekommen, in welchem ein Melancholiker plötzlich seinem Pfleger einen Fußtritt versetzte, daß er besinnungslos niederstürzte, dann eine Fensterscheibe zertrümmerte und mit den Glasscherben sich die A. radialis durchschnitt. Er ging an Verblutung zu Grunde. Noch öfter hat man bei Müttern, welche an Melancholie erkrankt waren, beobachtet, daß sie im Angstanfall ihre eignen Kinder töteten. Auch Brandstiftungen hat man bei Melancholischen (z. B. bei jugendlichen, in Melancholie verfallenen Dienstmädchen) beobachtet. Meist liegen ganz unbestimmte Angstvorstellungen zu Grunde: alles sei verloren, die Welt gehe unter, alles müsse zu Grunde gehen etc. Seltener ist es die bestimmte Vorstellung: ich will die Kinder vor dem Verhungern schützen, sie sollen nicht schlecht und elend werden wie ich etc. Auch an solchen Kindermord oder an solche Brandstiftung reiht sich oft direkt ein Selbstmordversuch an.

Körperliche Symptome fehlen bei der Melancholie selten. Der Schlaf ist bei der Melancholia agitata oft sehr ungenügend, auf der Höhe der Krankheit kann er ganz fehlen.

Appetit und Hunger fehlen oft ganz. Auch ohne Abstinenz und ohne Agitation sinkt der Ernährungszustand meist sehr erheblich. Die Salzsäuresekretion des Magens ist zuweilen, die Speichelsekretion oft herabgesetzt. Fast regelmäßig besteht eine hartnäckige Obstipation. Der Stuhlgang kann bis zu 2 Wochen ganz ausbleiben. Es beruht dies teils auf einer Störung der normalen Peristaltik, teils auf dem Versiegen der Sekretion der Darmdrüsen. Die Zunge ist fast stets stark belegt, Oft besteht starker Foetor ex ore.

Die Herabsetzung der Tränensekretion erklärt, daß der Melancholische trotz seiner Depression und Angst sehr selten weint.

Die Respiration ist bei der passiven Form öfters verlangsamt. Sehr oft beobachtet man als Ausdruck der Angst, bezw. der sie

begleitenden Oppressionsempfindungen ein tiefes Aufatmen. Bei der agitierten Form ist die Respiration unregelmäßig beschleunigt, oft keuchend oder schnaubend. In einem solchen Falle habe ich vorübergehend 150 Atemzüge pro Minute gezählt.

Die Herztätigkeit ist bei der passiven Form meist verlangsamt. In einem Fall sank die Pulsfrequenz bis auf 48. In schweren Angstanfällen, namentlich bei der agitierten Form, herrscht Beschleunigung vor. Die peripherischen Arterien sind meist eng kontrahiert. Daher die kühlen Hände der Melancholischen. Nicht selten wird auch Amenorrhoe beobachtet.

Die Zusammensetzung des Urins scheint, soweit bis jetzt Untersuchungen vorliegen, nicht wesentlich verändert.

Neuropathologische Symptome im engeren Sinne fehlen ganz. Nur wenn Komplikationen mit Neurasthenie oder Hysterie vorliegen, wird man natürlich auf die bekannten Symptome dieser beiden Krankheiten gefaßt sein müssen.

---

5. Verlauf und Ausgang (Prognose).

Der Verlauf der typischen Melancholie ist gewöhnlich kontinuierlich, selten remittierend und erstreckt sich meist — rechtzeitige, zweckmäßige Behandlung vorausgesetzt — über 4—6 Monate. Gelegentlich — namentlich bei verspäteter, unzweckmäßiger Behandlung — währt die Krankheit auch 9 Monate, 1 Jahr und noch länger. Gerade diejenigen Fälle, welche weniger intensive Symptome zeigen, beanspruchen oft lange Zeit bis zur Genesung. Der Übergang in Heilung vollzieht sich zuweilen fast kritisch. Gerade bei den schwersten Fällen ist dies nicht selten. Zuweilen fällt die Krisis mit dem Wiedereintritt der auf der Krankheitshöhe ausgebliebenen Menses zusammen. In anderen Fällen bilden sich die Wahnvorstellungen, Affektstörungen und Hemmungen allmählich zurück. Leichte Reexacerbationen sind im Verlauf der Rekonvaleszenz häufig. Seltener erfolgt unmittelbar nach oder noch während der Rekonvaleszenz ein völliger Rückfall.

Bei glücklichem Ausgang entwickelt sich oft ein Nachstadium im Sinne einer sog. reaktiven „Hyperthymie“, d. h. einer leicht in das Krankhafte gesteigerten Heiterkeit. Die Kranken

sind auffällig heiter und lebhaft, sprechen, arbeiten und planen mehr als früher in gesunden Tagen. In einigen Tagen oder Wochen gleicht sich diese reaktive Affektstörung wieder aus.

Außer dem Ausgang in volle Heilung beobachtet man folgende Ausgänge:

1. in Tod (interkurrente Krankheiten, Selbstmord),
2. in sekundären Schwachsinn,
3. in chronische Melancholie,
4. in sekundäre Paranoia.

Bei Anstaltsbehandlung tritt in fast 90% aller Fälle völlige Genesung ein. Der tatsächliche Gesamtprozentsatz der Genesungen stellt sich nur deshalb viel ungünstiger, weil die Angehörigen oft die Anstaltseinlieferung unterlassen oder die Kranken zu früh aus der Anstalt wieder herausnehmen. In fünf zu der letzteren Kategorie gehörigen Fällen habe ich später bestimmt erfahren, daß die Kranken draußen durch Selbstmord zu Grunde gingen. Außerhalb der Anstalt sind ungünstige Ausgänge, so namentlich der tödliche Ausgang durch Selbstmord, sehr viel häufiger. Unter den 238 Aufnahmen, welche der Melancholiestatistik von mir zu Grunde gelegt wurden, sind 38, in welchen ein fast geglückter Selbstmordversuch der Aufnahme unmittelbar vorausging. Eine zuverlässige Statistik der geglückten Selbstmorde melancholischer Kranken außerhalb der Anstalt steht leider noch aus. In der Jenenser Anstalt gelang der Selbstmord trotz aller Vorsichtsmaßregeln während der Jahre 1886 bis 1895 einer Kranken. Unter den interkurrenten Krankheiten ist namentlich die Pneumonie den senilen Melancholien gefährlich (drei Todesfälle).

Sehr selten ist der Ausgang in sekundären Schwachsinn (Dementia secundaria). Hier stellt sich ein progressiver Intelligenzdefekt ein, welcher zu völliger Verblödung führen kann. Er kommt ausschließlich bei den durch Arteriosklerose bedingten Melancholien vor. Wenn mit dem Zunehmen der Arteriosklerose die Ernährungsstörungen der Großhirnrinde erheblicher werden, so treten organische Veränderungen an Stelle der funktionellen Störungen, Defektsymptome an Stelle der Melancholie. Die letztere stellt eine funktionelle Reaktion auf die durch die Arteriosklerose bedingten Zirkulations- bezw. Ernäh-

rungsstörungen dar, der sekundäre Schwachsinn ist der Ausdruck bleibender organischer Veränderungen.

Etwas häufiger ist der Ausgang in chronische Melancholie. Gedächtnis und Urteilskraft bleiben in diesen Fällen intakt. Die Affektstörungen gleichen sich nur teilweise aus. Heftige Angstaffekte bleiben allerdings mehr und mehr aus, aber an Stelle der Angst tritt eine krankhafte Wehleidigkeit. Die Denkhemmung weicht bis zu einem gewissen Grad, aber auf dem Gebiet des Handelns erhält sich eine dauernde Hemmung: die Kranken sind unschlüssig und energielos und daher leistungsunfähig. Viele ergehen sich in monotonem Jammern und unfruchtbaren Selbstanklagen.

Auch der Ausgang in sekundäre Paranoia ist nicht häufig. Ich habe im Ganzen etwa zehn derartige Fälle beobachtet, von welchen zwei in der obigen Statistik einbegriffen sind. Dieser Ausgang ist dadurch charakterisiert, daß allmählich oder plötzlich massenhafte Halluzinationen und Verfolgungsideen sich einstellen, während die primäre Affektstörung, die Denkhemmung und die melancholischen Wahnvorstellungen mehr in den Hintergrund zurücktreten. Die Intelligenz bleibt intakt. Diese sekundäre Paranoia ist meist eine akute, seltener eine chronische Paranoia. Heilung kann im ersteren Fall noch nach vielen Monaten eintreten. Besonders häufig habe ich gerade in diesen Fällen beobachtet, daß die Kranken die Identität der Personen ihrer Umgebung und selbst ihrer Angehörigen bezweifelten.

Aus dem Angeführten ergibt sich, daß die Prognose der Melancholie im allgemeinen sehr günstig ist. Weshalb in einigen wenigen Fällen statt der Heilung Ausgang in sekundäre Paranoia oder chronische Melancholie erfolgt, läßt sich heute noch nicht sicher angeben. Zuweilen ist entschieden eine unzweckmäßige Behandlung, bezw. die Verspätung einer zweckmäßigen Behandlung verantwortlich zu machen. Erbliche Belastung scheint für die Prognose bezüglich des einmaligen Anfalles belanglos. Dem Ausgang in chronische Melancholie scheinen namentlich Individuen ausgesetzt, welche auch vor ihrer Krankheit willensschwach und etwas beschränkt waren. Sonst heilen auch schwere Melancholien gerade bei debilen Individuen zuweilen auffällig rasch.

Eine bedeutsamere Trübung der Prognose liegt in der Neigung der Melancholie zu Rezidiven. Nicht wenig völlig genesene Melancholische verfallen bei Einwirkung entsprechender Schädlichkeiten abermals in Melancholie. Die Prognose dieser Rezidive ist an sich nicht schlechter als diejenige der ersten Melancholie. Oft vergehen bis zu dem Rezidiv 10 und 20 und selbst 30 Jahre, zuweilen nur $^1/_2$ und 1 Jahr. Es hängt dies namentlich von dem Einwirken oder Nicht-Einwirken der ätiologischen Faktoren ab, welche oben aufgezählt wurden. Die Häufigkeit der Rezidive ergibt sich am schlagendsten aus der Tatsache, daß unter den statistisch verwerteten 238 Fällen sich 34 finden, in welchen schon 1 Anfall von Melancholie vorhergegangen war; 13, in welchen 2, und 5, in welchen mehr als 2 Anfälle vorhergegangen waren. Die periodischen Melancholien (s. u.) sind hierbei nicht mitgezählt. Aus diesen Zahlen ergibt sich, daß in fast 22% Rezidive eingetreten sind, und offenbar würde dieser Prozentsatz noch steigen, wenn die statistische Beobachtung sich über längere Zeit erstreckt hätte.

6. Varietäten.

Die Varietäten, welche man als Melancholia passiva, attonita und agitata bezeichnet, sind bereits erwähnt worden. Auf Grund des Inhalts der sekundären Wahnvorstellungen hat man oft auch eine Melancholia hypochondriaca, religiosa etc. unterschieden. Wichtiger ist die Unterscheidung einiger anderen Varietäten, welche im folgenden speziell besprochen werden sollen.

a) Hypomelancholie.

Man versteht darunter diejenige Form der Melancholie, welche als Hauptsymptome nur Depression und Assoziationshemmung zeigt. Die für die Melancholia anxia charakteristischen Angstaffekte und ebenso auch die sekundären Wahnvorstellungen fehlen ganz oder treten nur hin und wieder ohne größere Intensität auf. Für den praktischen Arzt ist sie ebenso wichtig wie die Hauptform, weil sehr viele dieser Fälle niemals in eine Anstalt gelangen, sondern in der häuslichen Be-

handlung des Arztes verbleiben. In der Tat befinden sich unter den 238 Fällen, welche im angegebenen Zeitraum in die psychiatrische Klinik aufgenommen wurden, nur fünf Fälle von Hypomelancholie. In allen fünf handelt es sich um Männer zwischen dem dreißigsten und sechzigsten Jahre. Auch nach meinen Erfahrungen außerhalb der Klinik kann ich das entschiedene Überwiegen des männlichen Geschlechtes bestätigen. Die spezielle Ursache für den Krankheitsausbruch ist meist Überarbeitung und Gemütserregung (Geschäftswechsel, Vermögensverlust, Verlobung etc.). Die Entwicklung ist meist ziemlich langsam. Die ganze Welt erscheint dem Kranken grau in grau. Sein Beruf, seine Familie, seine Liebhabereien sind ihm zuwider. Der Sinn für Beschäftigung, Reinlichkeit, Toilette scheint erstorben. Die Assoziationshemmung äußert sich zunächst in einer Verlangsamung der geistigen Arbeit. Einfache Fragen beantworten diese Kranken durchweg rasch, aber einen Brief zu schreiben, ein Buch zu lesen, einen längeren Gedanken ganz durchzudenken fällt ihnen außerordentlich schwer. Ich habe den Selbstbericht eines solchen Kranken vor mir, worin er klagt, er könne in seinem Geschäft jetzt in acht Stunden nicht dasjenige leisten, was er sonst in einer geleistet. Ebenso sind die einfachen Einzelbewegungen dieser Kranken — im Gegensatz zur Melancholia anxia — nicht gehemmt. Dagegen sind alle komplizierteren, zusammenhängenden, fortlaufenden motorischen Leistungen sichtlich verlangsamt. Schon bei dem Schreiben macht sich dies bemerklich. Nicht allein die Gedanken fließen dem Kranken bei seinem Schreiben langsamer zu, sondern auch die Schrift als solche ist weniger fließend. Namentlich Kaufleute klagen spontan, ihre Schrift sei weniger kulant. Eine Vergleichung von Schriftproben aus der Zeit vor der Krankheit und aus der Krankheitszeit bestätigt dies. Sehr deutlich tritt dieselbe Erscheinung auch im Gang der Kranken hervor: sie gehen schleifend, in kurzen Schritten, langsam. Aus der Affektstörung und der Assoziationshemmung geht ein weiteres Symptom hervor, welches dem Laien gewöhnlich zuerst auffällt: die Unschlüssigkeit oder Abulie. Die depressive Gefühlsbetonung erstreckt sich auch auf das eigene Ich. Bei der Melancholia gravis führt sie zu ausgesprochenem Klein-

heitswahn im weitesten Sinne (Versündigungs-, Krankheits-, Verarmungswahn), bei der Hypomelancholie bedingt sie nur einen pathologischen Mangel an Selbstvertrauen. Dieser genügt jedoch im Verein mit der Assoziationshemmung vollständig, alles energische Handeln zu verhindern. Die Kranken können die einfachsten Entschlüsse nicht fassen. Beim Ankleiden können sie zwischen ihren Kleidern nicht wählen, die einfachsten Dispositionen im Haushalt (Küchenzettel bei Hausfrauen) vermögen sie nicht zu treffen. Ich kenne Kranke, welche sich nicht oder erst nach sehr langem Zaudern entschließen konnten, einen Laden zu betreten und einen Gegenstand zu fordern. Entschlüsse im Beruf (geschäftliche Entschließungen etc.) kommen erst recht nicht mehr zustande. Haben die Kranken sich schließlich einmal zu einem Entschlusse aufgerafft, so bereuen sie ihn sofort wieder und machen ihn wieder rückgängig, um unmittelbar danach wieder die Widerrufung ihres Entschlusses zu bereuen. Briefe, die nach vieler Mühe zustande gekommen sind, werden immer wieder zerrissen und schließlich, wenn sie glücklich im Briefkasten sind, noch von der Post reklamiert. Bei dieser Sachlage nimmt es nicht Wunder, daß solche Kranke schließlich Toilette, Haushalt, Beruf vernachlässigen, dringende Briefe nicht beantworten oder Briefe überhaupt nicht mehr öffnen, Termine versäumen, ihre Bücher und ihre Kasse nicht mehr führen, bis zum Mittag und noch länger im Bett liegen bleiben u. dergl. m. — Die körperlichen Symptome sind dabei äußerst geringfügig. Nur zuweilen läßt sich sphygmographisch eine leichte Verengerung der peripherischen Arterien nachweisen. Gastrische Störungen sind häufig, desgleichen Obstipation. Der Schlaf ist zuweilen ganz ungestört. Mitunter klagen die Kranken über leichten Kopfdruck.

Der Verlauf ist fast stets protrahiert. Oft erstreckt er sich über mehr als ein Jahr. Der Ausgang ist Genesung oder — seltener — Übergang in chronische Hypomelancholie. Die Heilung vollzieht sich auch nach sehr protrahiertem Verlauf zuweilen binnen weniger Tage. Die Neigung zu Rezidiven ist gleichfalls sehr groß.

b) Die apathische Varietät.

Sie kann sowohl bei der Melancholia gravis wie bei der Melancholia levis vorkommen. Die Depression und Angst der Kranken tritt hier gegenüber der krankhaften Apathie mehr zurück. Die Grundstimmung der Kranken ist motivlose, inhaltlose Traurigkeit mit oder ohne Angst, aber die Kranken klagen namentlich, daß die normalen Gefühlstöne und zwar die positiven und die negativen ihnen verloren gegangen sind. Ihre nächsten Angehörigen sind ihnen ganz gleichgültig geworden. Sie klagen, daß sie „statt des Herzens einen Stein in der Brust hätten“. Sie werfen sich vor, daß selbst Todesnachrichten sie ganz gleichgültig lassen, und gründen hierauf neue Wahnvorstellungen der Versündigung. In ihrem äußeren Verhalten bieten diese Kranken meist das Bild der melancholischen Verstimmung oder der Melancholia passiva. Die Prognose ist auch für diese Form sehr günstig, der Verlauf allerdings meist etwas protrahierter als bei der Melancholie mit Angst.

c) Die halluzinatorische Varietät.

Bei der typischen Melancholie treten Halluzinationen entweder garnicht oder nur vereinzelt und nebenher auf. Bei der halluzinatorischen Varietät sind Illusionen oder Halluzinationen häufiger und für Krankheitsbild und Krankheitsverlauf bedeutungsvoller. Schwere erbliche Belastung und vorgerücktes Alter prädisponieren zu dieser Form am meisten, doch ist sie überhaupt nicht besonders häufig. Unter den 238 Fällen sind nur drei, welche hierher zu rechnen sind. Im letzten Jahrzehnt habe ich namentlich bei Alkoholisten und Gefangenen gelegentlich eine halluzinatorische Melancholie beobachtet.

d) Die Varietät mit Zwangsvorstellungen.

Bei dieser stellen sich im Verlauf der Melancholie Zwangsvorstellungen ein. Man hat geradezu den Eindruck, daß dieselben vikarierend für die melancholischen Wahnvorstellungen und neben solchen eintreten. Bei einem jungen Mädchen, welches in der Brautzeit an Melancholie erkrankt war, trat z. B. die Zwangsvorstellung auf, in Gedanken ihren Vater „Schweinehund“ nennen zu müssen. Sie konnte während des

größten Teils ihrer Melancholie diese Vorstellung nicht los werden und knüpfte daran allerhand Selbstanklagen. Mit der Genesung, bezw. noch etwas vor derselben schwand die Zwangsvorstellung vollständig. Bei einer Graviditätsmelancholie beobachtete ich die Zwangsvorstellung, die eigenen Kinder töten zu müssen. Die Kranke war sich des Widersinns und Verbrecherischen einer solchen Handlung und der Krankhaftigkeit des Gedankens vollständig bewußt, vermochte ihn aber während ihrer Melancholie nicht zu unterdrücken. Auch den Selbstmordgedanken habe ich in zwei Fällen in der Form einer typischen Zwangsvorstelluug im Verlauf einer Melancholie auftreten sehen. In einem weiteren Fall bestanden arithmomanische Zwangsvorstellungen. In einem letzten endlich konnte die Kranke, deren Melancholie unmittelbar im Anschluß an den Tod ihres Vaters ausgebrochen war, die Zwangsvorstellung nicht los werden, sie habe demselben Gift in seine Wurst getan und dadurch seinen Tod herbeigeführt. Auch hier handelte es sich nicht um eine Wahnvorstellung: die Kranke wußte recht gut, daß ihr Vater an einem Schlaganfall gestorben war, und gab den Widersinn ihrer Vorstellung durchaus zu, und doch kehrte zwangsweise, solange die Melancholie bestand, die Vorstellung immer wieder und bedingte trotz besseren Wissens immer wieder Steigerungen der ohnehin bestehenden Angst. Die Prognose dieser Form scheint mir, was die Vollständigkeit der Genesung anlangt, etwas weniger günstig.

e) Die neurasthenische Varietät.

Man kann unterscheiden zwischen einer Melancholie, welche bei einem schon lange neurasthenischen Kranken hinzutritt, und einer Melancholie, welche neben den typischen Symptomen der Melancholie auch neurasthenische Symptome hervorbringt. In ersterem Fall handelt es sich um eine Komplikation von Neurasthenie mit Melancholie, im letzteren um eine Misch- oder Übergangsform zwischen Neurasthenie und Melancholie. Ersteres Vorkommen halte ich für recht selten, letzteres für ziemlich häufig, namentlich bei männlichen Individuen. Unter den 238 Anstaltsaufnahmen finde ich zwölf Fälle, in der Privatpraxis sind sie erheblich häufiger. Am charakteristischsten ist die

[illegible] Mischung der [illegible] Traurigkeit mit der [illegible] Hemmung. Bald überwiegt mehr die erstere, bald mehr die [illegible]. Der Verlauf ist gewöhnlich langsamer. Nicht selten kommt es zu einer chronischen Neurasthenie.

f) Die hysterische Varietät.

Hier handelt es sich [illegible] um die Komplikation von Hysterie [illegible]. Die Hysterie besteht schon lange, bei dem [illegible] Schicksalsschlag tritt eine Melancholie [illegible] hinzu. Unter den 238 Fällen [illegible] Klinik gehören nur zwei hierher. Beide gingen in Heilung über. Die Symptome der Hysterie blieben während der Melancholie fast unverändert. Auch die Stimmungs[illegible] noch oft durch die melancholische Depression durch. Auch sind die Ausdrucksbewegungen in der Regel [illegible] mehr auf das Bemerktwerden zugeschnitten.

g) Die periodische Melancholie.

Diese auf Grund des Verlaufs unterschiedene Varietät ist bisher viel zu wenig beachtet worden. Unter den 238 Melancholien der Jenenser Klinik gehören allerdings nur fünf hierher. Sechs weitere Fälle hatte ich damals privatim beobachtet und behandelt. Inzwischen habe ich über 20 Fälle gesehen. Ich bin überzeugt, daß die Mehrzahl der hierher gehörigen Fälle außerhalb der Anstalt verläuft. Charakteristisch ist die regelmäßige Wiederkehr eines melancholischen Krankheitsanfalles in annähernd gleichen Zwischenräumen. Meist handelt es sich um leichte oder mittelschwere Formen. Der erste Anfall erfolgte in einem Fall bereits im elften Lebensjahr, sonst meist im mittleren Lebensalter und namentlich im Klimakterium. Kürzlich habe ich einen menstrualen Fall bei einem jungen Mädchen beobachtet und mitgeteilt. Unter meinen elf Fällen befinden sich vier Männer. Die Dauer des Krankheitsanfalls und des Intervalls wechselt von Fall zu Fall sehr und ist auch bei einem und demselben nicht genau gleich. Ein Post- oder Präponieren von Tagen, Wochen und selbst Monaten ist nicht selten. Am häufigsten kehren die Anfälle in Zwischenräumen von etwa einem Jahr immer wieder. Bei sehr unzweckmäßiger

Behandlung kann gelegentlich das Intervall zwischen zwei Anfällen verschwinden, d. h. der erste Anfall ist noch nicht ganz geheilt, wenn der folgende beginnt. Bemerkenswert ist, daß in der ersten Hälfte des Intervalls und noch darüber hinaus auch schwere Affektstöße keinen Rückfall bedingen, während gegen Ende des Intervalls auch ein relativ leichter Affektstoß oder eine anderweitige Schädlichkeit den neuen Anfall auslöst. Nicht selten erfolgt der neue Anfall auch ganz ohne nachweisbaren Anlaß. Wahnvorstellungen fehlen oft vollständig; wenn sie auftreten, sind sie meist in jedem Anfall annähernd die gleichen. Erbliche Belastung vermochte ich in drei Fällen trotz genauer Nachforschungen nicht nachzuweisen. Auch in den übrigen Fällen war sie durchschnittlich kaum schwerer als in den nicht-periodischen belasteten Fällen. Der Ausbruch des einzelnen Anfalls ist oft perakut. In mehreren Fällen war er mit einer Glykosurie verknüpft, die im Intervall zurücktrat oder verschwand. Die Prognose des einzelnen Anfalls ist sehr günstig, die Verhütung weiterer Anfälle gelang in keinem Fall. Höchstens vermag man durch geeignete Regulierung der Lebensweise den nächsten Anfall hinauszuschieben. Die Weiterentwicklung zu zirkulärem Irresein kommt selten vor. Nur in einem Fall schob sich ein Mal eine Manie nach einem besonders schweren melancholischen Anfall ein, so wie sich bei der periodischen Manie gelegentlich nach einem besonders schweren maniakalischen Anfall eine Melancholie einschiebt. Das Nachstadium der reaktiven Hyperthymie kann auftreten, fehlt aber auch sehr häufig. In einem Fall besteht die periodische Melancholie bereits über 40 Jahre.

---

7. Erkennung.

a) Hindeutende Symptome. Viele Melancholien werden vom Arzt namentlich deshalb übersehen, weil er an die Möglichkeit einer psychischen Erkrankung überhaupt nicht denkt. Der Arzt hält die Verstimmung des Kranken für die natürliche Folge der zugleich bestehenden körperlichen Beschwerden oder der vorausgegangenen oder noch fortdauernden Gemütserschütterungen durch Todesfälle etc. Demgegenüber ist als Regel auf-

zustellen: man soll eine hartnäckige Traurigkeit, auch wenn sie motiviert scheint, niemals ohne weitere Untersuchung als physiologisch hinnehmen, sondern stets wenigstens die Möglichkeit, daß eine Melancholie vorliege, in Erwägung ziehen. Andere Symptome, welche leicht auffallen und stets den Verdacht auf Melancholie wecken sollten, sind folgende: auffällige Vernachlässigung der Toilette, der Berufspflichten und der häuslichen Pflichten, unstetes ruheloses Verhalten, Verlangsamung der geistigen Leistungsfähigkeit u. a. m. Gewiß wird diesen Symptomen nicht stets eine Melancholie zu Grunde liegen, sondern oft eine andere oder vielleicht auch gar keine Psychose, aber oft genug beruhen sie auf einer Melancholie und verlangen daher dringend eine Berücksichtigung in dieser Richtung. Viel dringender wird natürlich der Verdacht, wenn ein Motiv für die Traurigkeit fehlt, wenn der Kranke selbst über motivlose Angst klagt, wenn er grundlose Selbstanklagen, Verarmungsvorstellungen und hypochondrische Gedanken äußert. Auch dann liegt nicht stets eine Melancholie vor (siehe unten unter Differentialdiagnose), aber sehr oft. Der Arzt, der jetzt nicht auf Melancholie untersucht und entsprechende Verordnungen geben würde, würde einen ebenso verhängnisvollen und ebenso groben Kunstfehler begehen, wie der Arzt, welcher eine Gebärende mit undesinfizierten Händen untersucht. In beiden Fällen würde er in genau vergleichbarer Weise das Leben eines kranken Menschen durch gröbliche Unterlassung aufs Spiel setzen. Hier würde der Selbstmord, dort die Puerperalinfektion in etwa dem gleichen Grade drohen.

b) Der Weg der Diagnose. Ich nehme an, daß dem Arzt lediglich eine motivlose oder wenigstens nicht genügend motivierte hartnäckige, intensive Traurigkeit bei einem Kranken aufgefallen ist. Wie kann er nun feststellen, ob wirklich Krankheit und ob wirklich Melancholie vorliegt? Ich möchte dazu im allgemeinen etwa folgende Reihe von Fragen empfehlen. Die Antwort, welche zu erwarten steht, wenn wirklich Melancholie vorliegt, werde ich stets hinzufügen*).

*) Selbstverständlich sind diese Fragen etwas schematisch. Man wird sie entsprechend der Lage des einzelnen Falls, dem Stand des Kranken etc. etwas abändern müssen. Vor allem frage man in Anbetracht der Denk-

Sind Sie traurig? Der Melancholische wird durchweg mit Ja antworten; Dissimulation, d. h. Verheimlichung von Krankheitssymptomen ist bei der Melancholie — wenigstens außerhalb der Anstalt — sehr selten. Am besten reiht sich alsbald die weitere Frage an:

Sind Sie denn immer traurig oder können Sie zuweilen auch noch heiter sein? Der Melancholische gibt durchweg eine beständige Traurigkeit an. Höchstens äußert er in leichten Fällen, zuweilen könne er noch etwas heiter sein, aber es komme nicht von Herzen oder ähnliches. Auch die Frage, wann haben Sie zuletzt gelacht? ist zweckmäßig, und zwar stelle man sie nicht nur an den Kranken, sondern kontrolliere die Richtigkeit seiner Antwort auch durch entsprechende Fragen an die Angehörigen.

Haben Sie auch Angst? Leidet der Kranke an Hypomelancholie, so wird er die Frage verneinen. Besteht Melancholie s. str., so wird er bejahend antworten. Vorsichtshalber füge man allerdings noch alsbald die Frage hinzu: Haben Sie denn in den letzen Tagen (Wochen, Monaten, solange die Depression aufgefallen ist) zuweilen Angst gehabt? Denn es ist zu bedenken, daß die Angst der Melancholie oft nur anfallsweise auftritt.

Daran knüpft sich am besten sofort die weitere Frage: Wo fühlen Sie die Angst? Manche Melancholiker werden eine bestimmte Lokalisation verneinen, viele dagegen ausdrücklich die Herzgegend oder den Kopf oder das Abdomen etc. (s. o.) als Sitz, bezw. Ausgangspunkt der Angst angeben.

Worüber sind Sie traurig? Wovor, weshalb haben Sie Angst? Diese Fragen sind von entscheidender Wichtigkeit. Der Melancholische antwortet entweder, Traurigkeit und Angst sei motivlos („komme von selbst“), oder er bezieht seine Traurigkeit und eventuell auch seine Angst auf die der Krankheit vorausgegangenen Gemütserschütterungen (Todesfall, Geldverlust etc., s. unter Ätiologie), oder er motiviert Angst und Traurigkeit mit einem wahnhaften Verbrechen, einer wahnhaften

---

hemmung der Melancholie langsam und warte geduldig auf die Antwort. Eventuell wiederhole man die Frage öfter oder schiebe die Zwischenfrage ein: haben Sie meine Frage verstanden?

Krankheit oder wahnhafter Verarmung. Die Deutung der ersten Antwort ist sofort gegeben: wenn der Kranke selbst kein Motiv für seine Traurigkeit und Angst weiß, so handelt es sich jedenfalls um diejenige Traurigkeit und Angst, welche für die Melancholie charakteristisch ist: die primäre Depression und Angst. Wenn der Untersuchte die zweite Antwort gibt, also seine Traurigkeit auf Gemütserschütterungen bezieht, welche seiner Krankheit tatsächlich vorausgegangen sind, so wird man sich bei dem Kranken selbst oder bei seinen Angehörigen nach diesen Gemütserschütterungen genau erkundigen. Alsdann wird man überlegen, ob die vorliegende Traurigkeit des Kranken nach ihrer Dauer und ihrer Intensität dem stattgehabten unglücklichen Erlebnis entspricht oder die physiologischen Grenzen überschreitet. Dabei soll man die Frage an die Angehörigen zu richten nicht versäumen, wie der Kranke früher sich bei ähnlichen Schicksalsschlägen benommen. Darauf wird man oft genug zu hören bekommen, daß er bei ähnlichen Fällen früher auch eine zeitlang etwas traurig gewesen sei, aber so lange und so schwer sei die Traurigkeit noch nie gewesen. Sehr empfiehlt sich auch die Frage an den Kranken selbst: Sind Sie nur traurig, wenn Sie an den Unglücksfall denken, oder auch sonst? Oft antwortet darauf der Kranke selbst ganz richtig, jetzt „sei ihm alles traurig“. Besteht neben der Traurigkeit auch Angst, so genügt der stattgehabte Unglücksfall ohnehin meist nur zur Motivierung der ersteren; die Angst bleibt unmotiviert. Man kann den Kranken selbst auf diese Lücke aufmerksam machen, man kann ihm ruhig sagen: Ich verstehe Ihre Traurigkeit wohl, weshalb haben Sie aber auch Angst? Viele Kranke geben dann wenigstens die Motivlosigkeit der letzteren zu, womit wiederum die primäre, für die Melancholie charakteristische Affektstörung nachgewiesen ist. Gibt endlich der Kranke als Motiv Verbrechen, Krankheit oder Verarmung an, so wäre natürlich zuerst festzustellen, ob seine Selbstanklage, seine Krankheitsfurcht, seine Geldsorge wirklich begründet ist. Bezüglich der Selbstanklage führt eine Erkundigung bei den Angehörigen gewöhnlich rasch zum Ziel. Noch zweckmäßiger ist in vielen Fällen, man läßt den Kranken das vorgegebene Verbrechen mit allen Einzelheiten erzählen;

häufig versagt hierbei bereits die Wahnbildung des Kranken, und er gibt wenigstens momentan zu, „es komme ihm in der Angst nur so vor“. Überhaupt läßt sich ein solches Zugeständnis durch energisches Fragen dem Kranken oft genug entlocken, um allerdings in dem nächsten schweren Angstanfall wieder widerrufen zu werden. Oft knüpft, wie oben erörtert, die Selbstanklage an ein wirkliches Vorkommnis an und stellt nur eine Übertreibung des letzteren dar (Beispiele s. oben). Die Feststellung dieser Übertreibung gelingt gleichfalls am leichtesten, wenn man sich vom Kranken alle Einzelheiten des bezüglichen Vorkommnisses erzählen läßt. Das Tatsächliche, welches der Krankheitsfurcht etwa zu Grunde liegt, ist durch eine genaue körperliche Untersuchung festzustellen. Auch hierbei wird, falls es sich um die wahnhafte Krankheitsfurcht eines Melancholischen handelt, das grelle Mißverhältnis zwischen dem tatsächlichen Befund und der Sorge des Kranken rasch darüber aufklären, daß letztere pathologisch ist. In derselben Weise verfahren wir nun auch gegenüber den Verarmungsklagen. Man lasse sich von dem Kranken selbst seine Vermögensverhältnisse mit allen Einzelheiten angeben und kontrolliere seine Angaben durch Befragen seiner Angehörigen. Liegt Melancholie vor, so ergibt sich dabei, daß die Verarmungsfurcht ganz grundlos oder übertrieben ist*). Hat man in dieser Weise festgestellt, daß die Schuld-, Krankheits-, Armutsvorstellungen des Untersuchten krankhaft sind, so bleibt noch festzustellen, daß sie die Kennzeichen der melancholischen Wahnvorstellungen haben. Das Hauptmerkmal der melancholischen Wahnvorstellungen ist aber ihre sekundäre Entstehung aus Affektstörungen. Auf diese Entstehung hat sich also die weitere Befragung des Kranken zu richten. Zu diesem Behufe stellt man etwa folgende Fragen: Seit wann ist Ihnen Ihre Schuld,

*) In seltenen Fällen besteht wirklich ein Verbrechen oder eine schwere körperliche Krankheit oder Verarmung und gleichzeitig eine echte Melancholie. Die Vergangenheit bezw. die Gegenwart liefert in solchen Fällen dem Kranken genug tatsächlichen Stoff für Angstvorstellungen: er braucht sich gewissermaſsen nicht nach Wahnvorstellungen erst umzusehen. Zweimal habe ich nach Unterschlagungen (NB. nach Abbüſsung der Strafe), einmal bei Carcinose und einmal bei völliger plötzlicher Verarmung eine typische Melancholie gesehen.

Krankheit, Verarmung klar geworden? oder ist Ihnen erst, seitdem sie traurig und ängstlich sind, Ihre Schuld, Krankheit etc., bezw. die Schwere Ihrer Schuld, Krankheit, Verarmung klar geworden? Liegt Melancholie vor, so gelingt es durchweg den Nachweis zu führen, daß traurige Verstimmung und oft auch Angst längere Zeit den Wahnvorstellungen vorausgegangen sind.

Alle die soeben angestellten Erörterungen knüpfen sich an die Frage: Worüber sind Sie traurig, weshalb haben Sie Angst? Am besten verbindet man hiermit die weitere Doppelfrage: Seit wann sind Sie so traurig, seit wann sind Sie so ängstlich? Man vergewissert sich dabei schon vorgreifend, ob ein akuterer oder chronischerer Fall vorliegt. Zugleich kann man nun erst das zeitliche Verhältnis von Wahnvorstellung und Affektstörung richtig beurteilen.

Sind Sie auch reizbarer? frägt man zum Schluß der Affektprüfung am besten noch. Bei reinen Melancholien bekommt man durchweg Nein zur Antwort, bei der neurasthenischen Varietät meistens Ja. Auch ergänzende Fragen: wie steht es mit Ihrem Interesse an Ihrem Beruf, bezw. Ihrer Haushaltung, mit Ihrer Liebe zu Ihren Angehörigen? können im Hinblick auf das etwaige Bestehen einer apathischen Varietät hier angegliedert werden. Liegt diese letztere vor, so wird der Kranke über seine pathologische Gleichgiltigkeit klagen. Liegt die Hauptform der Melancholie vor, so wird der Kranke mehr betonen, daß alles ihn traurig stimme.

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Denkhemmung. Bei vielen Kranken erspart die Langsamkeit ihrer Antworten alle hierauf bezügliche Fragen, bei anderen frägt man direkt: fällt Ihnen das Denken jetzt schwerer? Die meisten Kranken antworten mit Ja. Nur in wenigen Fällen, in welchen die Denkhemmung eben weniger ausgesprochen ist, kann man auf zweifelhafte, schwankende Antworten stoßen. Je nach dem Beruf kann man die Frage auch spezieller formulieren, z. B. verstehen Sie, was Sie lesen, jetzt ebenso rasch, wie früher? oder können Sie Ihre Bücher ebenso rasch führen wie früher? u. s. f. Man kann daran noch die Frage knüpfen: was erschwert Ihnen denn das Denken so sehr? Der Melancholische

weiß in der Regel keine Ursache, oder er verweist auf seine Traurigkeit bezw. Angst.

Hat der Kranke nicht schon auf die Frage: worüber sind Sie traurig, weshalb ängstlich? Auskunft über Wahnvorstellungen gegeben, so frägt man jetzt direkt: kommen Ihnen auch traurige, beängstigende Gedanken in Ihrer Traurigkeit, in Ihrer Angst? Mit der direkten Frage nach Versündigungs-, Krankheits-, Verarmungsgedanken ist man besser vorsichtig, da man leicht durch direkte derartige Fragen in dem Kranken solche Vorstellungen erst weckt. Gibt der Kranke melancholische Wahnvorstellungen an, so frägt man noch: seit wann kommen Ihnen solche Gedanken? und stellt in der oben angegebenen Weise ihren sekundären Ursprung aus der Affektstörung fest. Sicherheitshalber kann man auch noch fragen: kommen Ihnen auch öfters mißtrauische Gedanken? Weitaus die meisten Melancholiker werden hierauf mit Nein antworten, nur in den seltenen, oben in der symptomatologischen Darstellung erwähnten Fällen, wird man eine oder die andere Verfolgungsvorstellung zu hören bekommen.*)

Durch einige kurze Fragen ist nunmehr festzustellen, ob der Kranke Sinnestäuschungen hat. Man frägt also z. B., ob er auffällige „heimliche“ Worte von unsichtbaren Stimmen, von Abwesenden gehört hat oder noch hört, ob er auffällige Gestalten oder Bilder, „Traumbilder im Wachen“ gesehen hat oder sieht, ob er auffällige Gerüche, in den Speisen einen auffälligen Geschmack wahrgenommen hat und dergl. mehr. Fünf Sechstel aller Melancholischen antworten auf alle diese Fragen mit Nein, ein Sechstel mit Ja. Ohne Schwierigkeit kann man bei diesem einen Sechstel durch einige Hilfsfragen weiterhin feststellen, daß die angegebenen Halluzinationen, bezw. Illusionen nur gelegentlich und nur im späteren Verlauf der Krankheit, jedenfalls nach Eintritt der Affektstörung sich eingestellt haben. Diese Feststellung ist bei Anwesenheit von Sinnestäuschungen für die Diagnose auf Melancholie unerläßlich. Stellt sich heraus, daß die Halluzinationen zwar später als die Affektstörung, aber doch in großer Zahl aufge-

*) Namentlich im Klimakterium kommen auch Übergangsformen zwischen Melancholie und Paranoia vor.

treten sind, so liegt die als Melancholia halluzinatoria bezeichnete Varietät vor.

Die nächsten Fragen sollten den Stand der Intelligenz des Kranken betreffen, man hätte sich also durch Fragen zu vergewissern, ob das Gedächtnis des Kranken und seine Urteilskraft intakt sind. Man muß jedoch gefaßt sein, daß der Kranke viele solche Fragen infolge seiner Denkhemmung trotz intakter Intelligenz nur sehr langsam oder garnicht beantwortet. Ich möchte daher lieber raten, die Angehörigen hierüber zu befragen. Man frägt namentlich: ist der Kranke schon vergeßlich gewesen, bevor er so traurig bezw. ängstlich gewesen ist, hat er Taktlosigkeiten begangen (ethischer Defekt!), hat er sich in seinen Dispositionen geirrt, in seinen Büchern verrechnet, dieselben Geschichten immer wieder erzählt u. s. f.? Liegt Melancholie vor, so wird dies alles verneint; was die Angehörigen etwa über Unterlassungen etc. nach dem Eintritt der Affektstörung erzählen, beweist nur Denkhemmung und Teilnahmlosigkeit, aber keinen Intelligenzdefekt. Um die Melancholie von ähnlichen Zustandsbildern der Dementia hebephrenica unterscheiden zu können, empfiehlt es sich auch, die sog. Ebbinghaussche Probe anzuwenden, d. h. in einem leichten Text, in dem man hie und da einzelne Silben oder Worte ausgelassen hat, diese Lücken sinngemäß ausfüllen zu lassen. Der Melancholiker erledigt diese Ausfüllungen im allgemeinen zwar sehr langsam, aber, soweit er sie erledigt, doch richtig. Ebenso prüft man die Merkfähigkeit z. B. in folgender Weise: man läßt ein Exempel aus dem Einmaleins ausrechnen und dann zwei Reihen sechs einstelliger Zahlen einzeln nachsprechen (eine jede unmittelbar nach dem Vorsprechen), hierauf stellt man fest, ob der Patient das erste Exempel behalten hat. Der Melancholiker hat es meistens richtig behalten.

Die letzten Fragen beziehen sich auf die Handlungen des Kranken. Man wird ihn selbst oder seine Angehörigen fragen, ob er sich kleidet und wäscht wie sonst (Vernachlässigung der Toilette), ob er seine Familien- und Berufspflichten erfüllt wie sonst, ob er etwaige früher gepflegte Nebeninteressen ebenso pflegt wie früher, ob er regelmäßig ißt, schläft u. s. f. Bezüglich der pathologischen Unschlüssigkeit frägt man den Kranken selbst am besten direkt: fällt es Ihnen jetzt schwerer, Ent-

schlüsse zu fassen, Dispositionen zu treffen u. s. f.? Die Antworten, welche bei dem Bestehen einer Melancholie, bezw. Hypomelancholie zu gewärtigen sind, ergeben sich ohne Schwierigkeit aus den symptomatologischen Erörterungen. Im Hinblick auf die Differentialdiagnose gegenüber der Dementia hebephrenica richtet man an die Angehörigen stets auch noch die Frage, ob sie bei dem Kranken auffällige monoton wiederkehrende Haltungen oder Bewegungen (sog. Stereotypien) beobachtet haben. Bei einer Melancholie wird man nur von solchen Haltungen und Bewegungen, wie sie als Ausdrucksbewegungen der Angst (s. o.) vorkommen, hören.

Durch das im Vorhergehenden angestellte Krankenexamen ist festgestellt, daß das psychische Bild der Melancholie besteht, d. h. daß die psychopathologischen Symptome des Falles denjenigen der Melancholie entsprechen. Dies genügt zur Diagnose der Melancholie nicht. Es bedarf jetzt noch namentlich des Nachweises, daß der körperliche neuropathologische Befund der Diagnose „Melancholie“ nicht widerspricht. Eine Melancholie liegt nämlich, auch wenn die psychopathischen Symptome vollständig zur Diagnose einer Melancholie stimmen, dann nicht vor, wenn zugleich bestimmte neuropathologische Symptome, welche auf organische Hirnerkrankung hinweisen, vorliegen. Speziell kommen bei der Melancholie namentlich folgende Symptome niemals vor:

Sprachstörung (hesitierende Aussprache, Versetzen der Konsonanten und Silben).
Lähmungen irgend welcher Muskeln.
Lichtstarre der Pupillen. Stauungspapille.
Ungleichheit oder Erlöschen der Kniephänomene oder Achillessehnenphänomene *).
Babinskisches Zehenphänomen.

*) Äufserst selten tritt im Verlauf einer Tabes eine echte heilbare Melancholie auf, meist handelt es sich in solchen Fällen um das Depressionsstadium einer Taboparalyse. Gelegentlich habe ich auch bei Komplikation einer senilen Myelitis mit Melancholie Fehlen des einen oder andern Sehnenphänomens beobachtet; meist handelt es sich jedoch in diesen Fällen um Depressionszustände im Verlauf der Dementia senilis oder arteriosklerotica. In einem Falle machte mich das durch diabetische Neuritis bedingte Fehlen der Achillessehnenphänomene zunächst an der Diagnose der Melancholie irre.

Erst wenn man durch gründliche Untersuchung diese Symptome ausgeschlossen hat, darf man die Diagnose auf Melancholie stellen.

c) Differentialdiagnose. Für den praktischen Arzt sind namentlich Verwechslungen mit folgenden anderen Psychosen*) naheliegend und für den Kranken verhängnisvoll.

α) Mit Dementia paralytica. Im Verlauf der Dementia paralytica tritt sehr häufig ein Stadium auf, dessen psychopathische Symptome sich fast ganz mit denjenigen der Melancholie decken. Man bezeichnet dies Stadium auch als das Depressionsstadium der Dementia paralytica. Namentlich bei Männern in mittlerem Lebensalter, welche früher syphilitisch infiziert waren, soll man, falls ein Depressionszustand vorliegt, mit der Diagnose einer Melancholie sehr vorsichtig sein, weil männliches Geschlecht, mittleres Lebensalter und syphilitische Infektion in besonderem Maße zu Dementia paralytica prädisponieren. Zu einer sicheren Differentialdiagnose ist vor allem eine gründliche neuropathologische Untersuchung erforderlich. Ist eine oder sind beide Pupillen lichtstarr, fehlt das Kniephänomen oder Achillesphänomen, oder ist eines dieser Sehnenphänomene sehr stark abgeschwächt oder besteht bezüglich derselben Sehnenphänomene auch nur eine Ungleichheit zwischen rechts und links, besteht ferner eine nachweislich erst im Laufe der jetzigen Krankheit eingetretene (also nicht angeborene) halbseitige Differenz der Facialisinnervationen, der Zungeninnervationen oder Extremitäteninnervationen, hat endlich im Verlauf der Krankheit eine Sprachstörung sich entwickelt (Hesitation bei den Anfangskonsonanten, Versetzen und Auslassen von einzelnen Konsonanten und ganzen Silben), so ist Melancholie auszuschließen und Dementia paralytica anzunehmen. Ein einziges dieser Symptome genügt im allgemeinen bereits, Melancholie auszuschließen und die Diagnose auf Dementia paralytica zu lenken. Andererseits ist beim Fehlen aller der soeben aufgezählten Symptome noch keineswegs die Dementia paralytica mit Sicherheit auszuschließen; denn es gibt Fälle der letzteren Krankheit, in welchen lange Zeit die körperlichen

*) Vergl. hierzu mein Lehrbuch, Psychiatrie. 2. Aufl. 1902.

Symptome fehlen und nur psychopathische Symptome nachweisbar sind. Es bedarf daher noch einer Berücksichtigung des Zustandes der Intelligenz. Bei der Melancholie besteht nur Denkhemmung, die Intelligenz ist intakt; bei der Dementia paralytica besteht stets auch ein Intelligenzdefekt, welcher sich namentlich früh im Untergang der ethischen Vorstellungen im weitesten Sinn geltend macht und daher in Taktlosigkeiten, Kritiklosigkeiten, Unsittlichkeiten etc. äußert. Man befrage also, wie oben bereits geraten, in zweifelhaften Fällen stets die Angehörigen, ob vor dem Eintritt der Affektstörung Vergeßlichkeiten aufgefallen, Taktlosigkeiten etc. vorgekommen sind. Ich entsinne mich eines Kaufmanns, welcher in schwerer Depression zuerst von mir untersucht wurde. Eine direkte Intelligenzprüfung war nicht möglich, da der Kranke in seiner pathologischen Angst überhaupt keine Antwort zustande brachte. Syphilis war nicht nachweisbar. Eine peinlich genaue körperliche Untersuchung ergab kein verdächtiges Symptom. Die Ehefrau des Kranken gab hingegen ganz bestimmt an, es sei ihr vor Entwicklung des jetzigen Depressionszustandes aufgefallen, daß er dieselbe Geschichte an einem Tage zwei- bis dreimal erzählt habe, während er im Geschäft sowie im übrigen seine Angelegenheiten völlig korrekt erledigt habe. Der weitere Verlauf bestätigte, daß es sich um eine Dementia paralytica handelte; in einigen Monaten stellten sich auch die typischen körperlichen Symptome ein, der Intelligenzdefekt trat ganz augenscheinlich zu Tage. Ebenso verdächtig sind Unsittlichkeiten, Taktlosigkeiten etc., sofern sie sich nicht aus der Apathie der Melancholie erklären lassen. Der Paralytiker im Anfangsstadium seiner Krankheit läßt sich positive Vergehen gegen Takt, Gesetz, Moral etc. zu schulden kommen, nicht nur Unterlassungen, wie der Melancholiker. Auch bezüglich der Unterlassungen ist das Verhalten durchweg verschieden. Vernachlässigung der Toilette kommt z. B. bei beiden, bei dem Paralytiker und bei dem Melancholiker vor. Aber wie verschieden benehmen sich beide, wenn man ihnen die Vernachlässigung vorhält! Der Paralytiker hat entsprechend seinem Intelligenzdefekt gewöhnlich das Verständnis für seine Unterlassung ganz eingebüßt, während der Melancholiker die Unter-

lassung sofort selbst fühlt und selbst darüber klagt, daß er so gleichgültig geworden ist*). Auch die Prüfung der Merkfähigkeit und die Prüfung nach der Ebbinghausschen Methode geben oft einen Anhalt.

Der Inhalt der Wahnvorstellungen gibt gleichfalls oft einen Fingerzeig. Die paralytischen Angstvorstellungen verraten oft**) durch ihre widersinnige Maßlosigkeit und Zusammenhangslosigkeit, durch ihre Widersprüche und ihre dürftige Motivierung den hinter ihnen sich entwickelnden Schwachsinn. Die Angstvorstellungen des Melancholikers sind gleichfalls zuweilen maßlos. Der Melancholiker behauptet oft genug, er habe die ganze Welt unglücklich gemacht, um ihre ewige Seligkeit gebracht und dergl. mehr, aber er wird sich nicht leicht zu der Behauptung des Paralytikers versteigen, er habe in seinem Kot die ganze Welt erstickt. Gegenüber Einwürfen versucht der Melancholiker mit Geschick seine Wahnvorstellung zu verteidigen, oder er beruft sich in ganz sachgemäßer Weise auf seine Angst und sein Schuldbewußtsein, der Paralytiker ist zu einer auch nur scheinbaren Verteidigung meist ganz unfähig. Besonders verdächtig auf Dementia paralytica sind auch hypochondrische Wahnvorstellungen der körperlichen Verkleinerung — „ich bin nur noch fingergroß“ —, der Verstopfung der natürlichen Körperöffnungen — „mein Mund, mein After ist zugewachsen, der Kot von Jahren fault im Darm“ — und des Verschwindens ganzer Organe — „die Lunge ist fort, die Zunge ist weg“ u. dergl. m. Indes ist ein entscheidendes Gewicht auf den Inhalt der Wahnvorstellungen nicht zu legen, weil gelegentlich doch alle die zuletzt angegebenen Wahnvorstellungen ausnahmsweise auch bei der hypochondrischen Melancholie, namentlich bei dem Délire de négation vorkommen.

Sehr muß man sich hüten, die Denkhemmung der Melan-

---

*) Vergl. Hoche, Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Diese Sammlung I. Band, Heft 1.

**) Gelegentlich kommen bei der Dementia paralytica auch Krankheits-, Versündigungs- und Verarmungsvorstellungen vor, welche ganz denjenigen der Melancholie entsprechen, also einen Defekt nicht erkennen lassen; der Defekt der Dementia paralytica mufs sich nicht immer auch in den Wahnvorstellungen offenbaren.

cholie mit Intelligenzdefekt zu verwechseln. Wenn ein Kranker im Depressionszustand auch die einfachsten Fragen aus dem Einmaleins, nach dem Alter und Namen seiner Kinder nicht oder nur sehr langsam beantwortet, so muß doch kein Intelligenzdefekt bestehen, sondern das ganze Verhalten kann auf schwerer Denkhemmung beruhen. Das Ausbleiben von Antworten darf nicht zu gunsten der Diagnose der Dementia paralytica verwertet werden, nur der Schwachsinn der wirklich gegebenen Antwort ist unmittelbar und sicher verwertbar. Darauf beruht es auch, daß oben der Rat gegeben wurde, statt den augenblicklichen Intelligenzzustand des Kranken zu prüfen, lieber bei den Angehörigen festzustellen, ob vor der jetzigen Depression ein Defekt auffiel.

Die Differentialdiagnose zwischen Melancholie und Dementia paralytica beruht also erstens auf dem körperlichen Befund und zweitens auf dem Nachweis des Intelligenzdefektes. Beobachtet man alle im vorigen angegebenen Kautelen, so gelangt man fast stets zu einer sicheren Entscheidung. In sehr zweifelhaften Fällen kommt, wenn eine rasche Entscheidung erforderlich ist, auch die Lumbalpunktion in Betracht: bei der Melancholie ergibt sich ein normaler Befund, bei der Paralyse Vermehrung der Lymphocyten und Steigerung des Albumingehaltes.

Eine weitere Verwechselung ist möglich:

β) Mit Paranoia chronica simplex. Wenn bei einer Melancholie auch Verfolgungsvorstellungen (s. o.) auftreten, so sind die Äußerungen denjenigen des Paranoikers oft sehr ähnlich. Die Differentialdiagnose ist leicht, wenn man den Kranken direkt frägt, ob er die vermeintlichen Verfolgungen verdient. Der Melancholiker erwiedert: Ja, ich habe mich schwer versündigt etc., ich verdiene Strafe, der Paranoiker behauptet entrüstet seine völlige Unschuld*).

γ) Mit Paranoia acuta hallucinatoria. Hat man einen Kranken mit schwerer Angst vor sich, sei es in angstvoller Agitation, sei es in stuporösem Zustand, so kommt

*) Nur ganz ausnahmsweise findet man Versündigungsvorstellungen auch bei der chronischen Paranoia. In solchen Fällen ist differentialdiagnostisch entscheidend, ob die Affektstörung primär ist oder nicht.

namentlich auch in Frage, ob die Angstaffekte nicht durch Halluzinationen bedingt sind und somit keine Melancholie, sondern [illegible] halluzinatorische Paranoia (bezw. Amentia) vorliegt. Wir wissen, daß bei letzterer oft schreckhafte Sinnestäuschungen auftreten und Angstzustände hervorrufen, welche denjenigen der Melancholie äußerlich vollständig gleichen. Der [illegible] auch für die Prognose und Behandlung wichtige Unterschied ist nur der, daß im ersteren Falle — bei der halluzinatorischen Paranoia — die Angstaffekte an die Halluzinationen [illegible] sind, während sie bei der Melancholie ganz unabhängig primär auftreten. Wie läßt sich dies nun bei der Untersuchung des Kranken erkennen? Von dem Kranken selbst ist [illegible] seiner Agitation oder seines Stupors aus keine genaue Auskunft nicht zu erlangen. Mehr lehrt schon sein Gesichtsausdruck. Bei beiden Kranken malt er die innere Angst, aber bei den Halluzinanten kommt der horchende oder visionäre Ausdruck hinzu. Bald sind die Augen starr auf einen leeren Punkt im Raum gerichtet, bald neigt der Kranke den Kopf horchend zur Seite, bald dreht er sich plötzlich nach rechts oder links um. Dazu kommt, daß bei der akuten halluzinatorischen Paranoia auch in denjenigen Fällen, in welchen beängstigende Halluzinationen überwiegen, doch auch wenigstens ab und zu anderweitige Halluzinationen auftreten. Daher beobachtet man, daß die Angstanfälle hin und wieder von Exaltationszuständen oder Zornausbrüchen unterbrochen werden. Endlich bietet die Anamnese ein ausgezeichnetes differentialdiagnostisches Hilfsmittel. Man stellt durch Befragen des Kranken bezw. der Angehörigen fest, wie die Krankheit sich entwickelt hat. Handelt es sich um Melancholie, so erfährt man, daß zuerst eine motivlose Traurigkeit aufgefallen ist; handelt es sich um akute halluzinatorische Paranoia, so erfährt man, daß die Krankheit ganz akut mit Sinnestäuschungen eingesetzt hat oder ein kurzes Stadium unbestimmten Mißtrauens vorausgegangen ist. Auch die direkte Frage an den Kranken: haben Sie nur Angst, weil sie schreckliche Stimmen hören, schreckliche Bilder sehen etc.? führt oft zum Ziel. Schwere Verwirrtheit (Incohaerenz des Denkens und Unorientiertheit) spricht sehr gegen Melancholie und für akute halluzinatorische

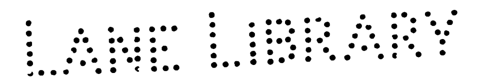
Paranoia bezw. speziell Amentia*), da schwere Verwirrtheit bei der Melancholie nur selten und vorübergehend auf der Höhe von schweren Angstanfällen vorkommt.

δ) Mit der Neurasthenie. Sieht man von den Übergangsformen ab, so ist die Unterscheidung nicht schwer. Die Affektstörung des Neurasthenischen besteht vorzugsweise in einer pathologischen Reizbarkeit, diejenige des Melancholischen in einer pathologischen Traurigkeit. Meist reicht, um zur Entscheidung zwischen Neurasthenie und Hypomelancholie zu gelangen, die einfache Frage aus: Ist Ihre Stimmung vorwiegend reizbar oder vorwiegend traurig? und: können Sie ab und zu noch heiter sein? Die meisten Kranken geben darauf eine ganz klare und bestimmte Antwort. Man muß nur im Auge behalten, daß vorübergehende Traurigkeit und vorübergehende Angstanfälle auch bei der Neurasthenie vorkommen. Auch die charakteristische Ermüdbarkeit fehlt bei der Melancholie. Die Leistungsfähigkeit ist von Anfang an durch die Hemmung herabgesetzt, zeigt aber keine auffällig rasche weitere Abnahme bei längerer Inanspruchnahme.

ε) Mit Dementia arteriosklerotica und senilis. Im Greisenalter — jenseits des 60. Jahres — soll man mit der Diagnose Melancholie vorsichtig sein. Der Altersblödsinn zeigt sehr oft ein Depressionsstadium mit schweren Angstaffekten, welches demjenigen der Melancholie sehr ähnlich ist. Die Entscheidung liegt auch hier meist in der Anamnese: es muß festgestellt werden, ob vor dem zur Zeit bestehenden Stadium der Depression und Angst bereits Vergeßlichkeit, Urteilsschwäche, ethische Defekte beobachtet worden sind. Scheitert die Intelligenzprüfung nicht an der Hemmung, bezw. Angst der Kranken, so vermag auch der Nachweis eines Defektes (Merkdefekt! Versagen rückläufiger Assoziationen!**) die Diagnose zu sichern. Fehlen solche Vorläufersymptome, so darf man die Diagnose Melancholie stellen. Dabei sind die aetiologischen Bemerkungen über Arteriosklerose zu berücksichtigen.

*) Natürlich ist in solchen Fällen auch an eine Defektpsychose zu denken.

**) Ich lasse gewöhnlich einfach die Monatsnamen rückwärts hersagen.



Neuerdings haben Wernicke u. A. von der Melancholie eine besondere „Angstpsychose“ abzugrenzen versucht. Indes gehören die hierhergerechneten Fälle größtenteils zur Melancholia anxia oder zur Neurasthenie oder Hysterie mit Angstaffekten. Nur ganz vereinzelt kommen Fälle vor, wo ohne neurasthenische oder hysterische Symptome primäre Angstzustände ohne eine kontinuierliche Depression im Sinn der Melancholie auftreten. Für diese seltenen Fälle kann die Bezeichnung „Angstpsychose“ akzeptiert werden.

8. Behandlung.

Die Aufgabe des praktischen Arztes bei der Behandlung der Melancholie ist eine dreifache. Sie umfaßt nämlich:

a) Die Entscheidung, ob der Melancholiker in seiner Familie oder in einer Anstalt, und in welcher er behandelt werden soll.

b) Die Behandlung des Kranken — auch in schweren Fällen —, bis zur ev. Überführung in eine Anstalt; erfahrungsgemäß vergehen hierüber in den meisten Gegenden Deutschlands mindestens ein bis zwei Wochen, in welchen eine falsche Behandlung viel Unheil stiften, eine richtige der Anstaltsbehandlung in hohem Maße vorarbeiten kann.

c) Die dauernde Behandlung vieler Fälle der sog. Hypomelancholie; die dauernde Behandlung der Melancholie s. str. fällt meist der Anstalt zu.

Im folgenden sollen diese drei Aufgaben einzeln mit aller Ausführlichkeit besprochen werden.

a) Entscheidung über den Ort der Behandlung.

Als Grundregel hat zu gelten, daß die Überführung in eine Anstalt in allen denjenigen Fällen von Melancholie zu erfolgen hat, in welchen irgendwie erheblichere Angstaffekte bestehen. Die dringendste Gefahr bei der Melancholie ist jedenfalls der Selbstmord. Erfahrungsgemäß ist diese Gefahr weitaus am größten, wenn Angstaffekte neben der Traurigkeit bestehen. Die Hypomelancholie, bei welcher Angstaffekte fehlen, führt relativ selten zu Selbstmordversuchen: die einfache Traurigkeit ohne Angst reicht meistens nicht aus, die Kranken zum Selbstmord

hinzureißen, zumal die Abulie sich dem etwaigen Selbstmordentschluß hindernd in den Weg stellt. Anders bei der Melancholia anxia, der Melancholie mit Angstaffekten. Hier sind Selbstmordversuche enorm häufig. Mindestens in der Hälfte aller Fälle muß man gewärtigen, daß der Kranke in einem geeigneten Augenblicke Selbstmord verübt. Daher die obige Regel: bei irgendwie erheblicheren Angstaffekten Überführung in eine Anstalt, in welcher die Möglichkeit einer sorgfältigen und sachverständigen Überwachung und damit der Verhütung des Selbstmords gegeben ist. Leider wird gerade gegen diese Regel noch sehr viel gesündigt. Daher die zahlreich gelungenen Selbstmorde von Melancholischen, welche der Arzt trotz des Bestehens von Angstaffekten einer Anstalt zuzuführen unterlassen oder gezögert hat. Leider fehlen uns hier genaue statistische Angaben, aber einen annähernden Rückschluß gestattet die bereits oben mitgeteilte Tatsache, daß unter den 238 Melancholischen, welche 1886—1894 in der hiesigen psychiatrischen Klinik zur Aufnahme gelangten, 38 wegen eines nur durch glücklichen Zufall vereitelten Selbstmordversuchs eingeliefert wurden. In den meisten dieser 38 Fälle läßt sich nachweisen, daß der behandelnde Arzt in ungerechtfertigter Weise die Aufnahme in die Anstalt hinausgeschoben hat. Meist klärt infolge der mangelhaften psychiatrischen Vorbildung unserer Ärzte erst der Selbstmordversuch den Arzt über das Bestehen einer Melancholie und ihre Tragweite auf.

Der Arzt ist übrigens meist in der Lage, durch eine direkte, einfache Frage über die Gefahr eines Selbstmords sich ausreichend zu orientieren. Man frage den Kranken nur direkt: „kommen Ihnen auch Gedanken von Lebensüberdruß?“ Die meisten Melancholischen dissimulieren nicht und geben auf diese Frage, welche eventuell öfter zu wiederholen ist, etwaige Suicidgedanken ohne weiteres zu. Eine falsche Scheu hält den Arzt leider oft von dieser Frage ab. Er glaubt dadurch den Kranken erst auf solche Gedanken zu bringen oder vielleicht zu kränken. Ich habe einen schädlichen Einfluß dieser Frage noch niemals beobachtet, im Gegenteil ist es den Kranken öfters eine Erleichterung, wenn sie dem Arzt die sie selbst quälenden Suicidgedanken mitteilen können, und für den Arzt ist nur so

eine sichere Unterlage für die therapeutischen Entschließungen zu erlangen.

Von der Regel, daß Angstaffekte den Arzt zu möglichst schleuniger Überführung des Melancholischen in eine Anstalt veranlassen sollen, kenne ich nur eine Ausnahme. Wenn die äußeren Verhältnisse — Wohnung, Vermögen etc. — so günstig sind, daß im Hause des Kranken eine ebenso sorgfältige Überwachung wie in einer Anstalt stattfinden kann, und zugleich der Arzt die erforderliche Erfahrung in der Behandlung der Melancholie besitzt, so mag ausnahmsweise ein Versuch mit häuslicher Behandlung gewagt werden. Die hier geforderte Möglichkeit sorgfältiger Überwachung bezieht sich namentlich auf zweierlei: erstens muß für die Unterbringung des Kranken ein Parterrezimmer zu freier Verfügung stehen, und zweitens muß ein geschultes Pflegerpersonal zur ununterbrochenen Überwachung vorhanden sein.

Sieht man von diesem Ausnahmefall ab, so gilt die Regel ganz allgemein: Angstaffekte — Anstaltseinlieferung. Die Wahl der Anstalt ist nicht schwer. In den meisten Fällen kommt nur eine staatliche Irrenanstalt in Frage. Die gewöhnlichen Krankenhäuser sind ganz ungeeignet. Es sind mir viele Fälle bekannt, wo gerade in diesen Selbstmord versucht wurde und auch oft gelang. Handelt es sich um sehr bemittelte Kranke, so kann natürlich auch eine Privatirrenanstalt gewählt werden. Auch manche sog. private Nervenheilanstalten sind für leichtere Fälle, in welchen die Angst nicht zu lautem Jammern und Toben führt, also namentlich für viele Fälle von Melancholia passiva geeignet, wofern die Geldmittel des Kranken ausreichen, nicht nur den Aufenthalt in einer solchen Anstalt, sondern auch den in einer solchen ganz unerläßlichen Privatpfleger (mit entsprechender Ablösung) zu bezahlen.

Die Überführung ist unbedingt möglichst zu beschleunigen. In manchen Anstalten ist eine direkte Aufnahme, ohne vorherige Einholung der Genehmigung der Behörden, auf das Zeugnis des Arztes hin zulässig. In vielen anderen muß erst die Genehmigung der Behörden eingeholt werden. Der Arzt hat nicht nur die Pflicht, diese Einholung im gegebenen Falle möglichst zu beschleunigen, sondern auch nach seinem Teil dahin

zu wirken, daß diese erschwerenden, den Kranken gefährdenden Bestimmungen beseitigt werden.

1) Behandlung der Melancholia anxia bis zur Einlieferung in die Anstalt.

Die Hauptaufgabe dieser Behandlung ist, wenn Melancholie vorliegt, erstens die Verhütung von Selbstmord und zweitens die provisorische Einleitung einer zweckmäßigen Behandlung der Krankheit selbst.

Zur Erfüllung der ersten Aufgabe — Verhütung von Selbstmord — sind folgende Anordnungen erforderlich, welche sofort, nachdem die Diagnose auf Melancholie gestellt ist, zu geben sind. Vor allem ist der Kranke, wenn irgend möglich, in einem Parterrezimmer unterzubringen. Erfahrungsgemäß ist der Selbstmord durch Sturz aus dem Fenster besonders zu fürchten. Läßt sich ein Parterrezimmer durchaus nicht für den Kranken frei machen, so lasse man wenigstens durch den Schlosser einen Notverschluß am Fenster anbringen, welcher es dem Kranken unmöglich macht, das Fenster selbst zu öffnen. Zugleich ist anzuordnen, daß behufs Lüftung des Zimmers nur die oberen Fensterflügel geöffnet werden und auch diese nur, wenn der Pfleger unmittelbar neben dem Kranken sitzt. Auch das Vorziehen der Läden kommt zur Verhütung eines Sturzes aus dem Fenster in Betracht; man muß nur wiederum eine Schlußvorrichtung an den Läden anbringen, welche der Kranke selbst nicht öffnen kann.

Die Tür zum Zimmer des Kranken bedarf ebenfalls der Sicherung. Es ist schon oft genug vorgekommen, daß ein Kranker trotz ständiger Gegenwart eines Pflegers plötzlich aus dem Zimmer hinauseilte und sich entweder aus dem offenen Fenster eines benachbarten Zimmers oder zum Treppenhause hinunterstürzte, oder zum nächsten Teich oder Baum lief, um sich zu ertränken, bezw. zu erhängen. Der nachsetzende Pfleger kommt in solchen Fällen oft zu spät. Wo solche Befürchtungen gerechtfertigt sind, soll der Pfleger, bezw. die Pflegerin die Tür von innen abschließen und zwar so, daß der Kranke nicht aufschließen, wohl aber von außen der Verschluß geöffnet werden kann. Letzteres ist deshalb notwendig, weil zuweilen

der Pfleger bei sehr erregten Melancholischen rasche Hilfe braucht und im Ringen mit dem Kranken den zu Hilfe eilenden Personen nicht selbst von innen öffnen kann.

Dem Kranken selbst ist unter allen Umständen dauernd Bettruhe anzuordnen. Die Überwachung wird dadurch erheblich erleichtert, und auch für die Behandlung der Krankheit ist Bettruhe nur vorteilhaft (s. u.). Am besten verläßt man die Wohnung des Kranken nicht, bevor man sich überzeugt hat, daß er im Bett liegt. Die körperliche Untersuchung gibt ja einen bequemen Anlaß, Bettruhe herbeizuführen. Die Kleider werden am besten aus der Stube ganz entfernt. Speziell überzeuge man sich, daß der Kranke nicht Messer, Scheren, Glasscherben, Stricke usw. mit in das Bett nimmt. Ich habe schon mehr als einmal in der Tasche oder im Bett eines Melancholischen Stricke, Scherben, Messer gefunden. In einem Fall fand ich eine vermißte Schere in der Vagina der Kranken. Am besten wird weiterhin das Bett, wenigstens zweimal täglich, zu demselben Zweck — unter dem Vorwand des Lüftens und Ordnens — revidiert.

Ferner ist sofort eine ununterbrochene Überwachung des Kranken anzuordnen. Ließe man den Kranken allein, so würde trotz der getroffenen Vorsichtsmaßregeln — Parterrezimmer, Fensterverschluß, Bettruhe, Entfernung gefährlicher Instrumente — ein Selbstmord unzweifelhaft zustande kommen: der Kranke würde sich einen Streifen aus seinem Bettuche reißen und sich am Tür- oder Bettpfosten aufhängen oder eine Fensterscheibe zertrümmern und mit den Scherben die A. radialis zerschneiden, alles Vorkommnisse, für welche jeder Psychiater Beispiele anführen kann. Deshalb ist unerläßlich, daß eine zuverlässige Person fortwährend um den Kranken ist. Auch nicht für Augenblicke darf sie den Kranken verlassen. Muß sie sich entfernen, so hat sie zu warten, bis eine ebenso zuverlässige Person sie ablöst. Am besten würde sich zur Überwachung natürlich ein geschulter Pfleger eignen. Meist wird jedoch ein solcher nicht zu beschaffen sein. Man wählt dann irgend eine zuverlässige Person aus der Umgebung des Kranken und sucht durch wiederholte, eingehende Instruktion und öftere eigene Kontrolle den Mangel an Erfahrung bei dem Pfleger auszu-

gleichen. Namentlich kann man nicht oft genug einschärfen, daß der Pfleger durch die scheinbare Ruhe des Kranken sich nicht täuschen lassen darf. Selbstverständlich ist ferner, namentlich wenn sich die Überführung in die Anstalt länger hinzieht, der Pfleger öfters auch für längere Zeit abzulösen. Man richtet dann am besten einen regelmäßigen Wechsel ein. Wenn irgend möglich, ist auch im Hinblick auf Vorkommnisse, wie ich sie oben S. 25 mitgeteilt, dafür zu sorgen, daß der Pfleger im Notfall rasch Hilfe erhalten kann. Man sorge also dafür, daß Jemand in den Nachbarzimmern sich aufhält. Auch eine Pfeife als Hilfesignal ist sehr zweckmäßig.

Besondere Vorsichtsmaßregeln erfordert weiterhin die Überwachung des Kranken bei dem Essen, bei dem Stuhlgang und während der Nacht. Bezüglich des Essens ordne man an: kein Messer, keine Gabel darf in das Zimmer kommen. Fleisch etc. wird geschnitten in das Zimmer gebracht und von dem Kranken mit dem Löffel gegessen. Scheut man sich, dem Kranken das wirkliche Motiv anzugeben, so kann man sich mit gutem Grunde auf seine Verdauungsstörungen berufen, welche ein feines Wiegen des Fleisches rätlich erscheinen lassen. Wenn der Pfleger im Zimmer des Kranken ißt, so hat auch er sich auf den Löffel zu beschränken. Mißachtung dieser scheinbar pedantischen Vorschriften hat schon zu manchem Selbstmord geführt. Nur wenn prinzipiell jedes scharfe Instrument aus der Stube des Melancholikers verbannt ist, ist Sicherheit gegeben. — Den Stuhlgang hat der Kranke auf seiner Stube abzumachen (Stechbecken, Bidet etc.). Über die Lüftung ist bereits oben das notwendige angegeben worden. — Nachts läßt man bei dem Kranken wachen. Dabei hat der Pfleger die Schlüssel zu Tür und Fenster um den bloßen Leib zu binden: es steht sonst zu fürchten, daß er gegen seinen Willen einschläft, der Kranke sich der Schlüssel bemächtigt und nun den Selbstmord ausführt. Nachts ist natürlich regelmäßige Ablösung der überwachenden Personen besonders notwendig.

Die Erfüllung der zweiten Aufgabe — provisorische Einleitung der später in der Anstalt fortzuführenden Behandlung — ist fast ebenso wichtig. Erfahrungsgemäß heilen Melancholien, deren Vorbehandlung vor der Anstalts-

einlieferung unzweckmäßig gewesen oder ganz unterblieben ist, erheblich langsamer. Drei Maßregeln kommen namentlich für die Vorbehandlung in Betracht:

α) Bettruhe,

β) Opium,

γ) hydropathische Einpackungen.

Die Bedeutung der Bettruhe für die Überwachung wurde oben bereits hervorgehoben. Auch therapeutisch ist sie von großer Bedeutung. Der Kranke wird dadurch den wechselnden Eindrücken des täglichen Lebens, an welche Angstaffekte und Angstvorstellungen anknüpfen können, mit einem Schlag entzogen. Dem erschöpften Nervensystem werden Innervationen erspart, der gestörten Zirkulation (s. o.) die günstigsten Bedingungen behufs Regulierung verschafft.

Ebenso ist die Opiumbehandlung in jedem Fall von Melancholia anxia geboten. Auch sie wirkt direkt selbstmordverhütend dadurch, daß sie die Angstaffekte abschwächt, vor allem aber sichert sie bei frühem Einsetzen und methodischer Durchführung einen wesentlich kürzeren und leichteren Krankheitsverlauf. Ich verweise bezüglich dieser und andrer Einzelheiten auf meine Psychiatrie und hebe hier nur folgendes hervor. Zunächst gebe man dreimal 0,04 Opium pulv. in Pulvern oder in Pillen. Auch die Tinctura Opii simpl. kann verwandt werden (dreimal 8 Tropfen). Bei sehr entkräfteten, ferner bei sehr jugendlichen oder sehr alten Individuen und endlich bei Herzkranken wird man die Dosis natürlich etwas niedriger bemessen. Die besten Tageszeiten für die Opiumdosen sind zunächst morgens 7 Uhr, abends 6 Uhr und abends 10 Uhr. Weiterhin steigt man täglich um 0,04 Opium. Am besten verlegt man die höchsten Dosen auf den Abend, um für die Nacht mehr Ruhe zu erzielen. Nur wenn die „Morgenangst“ (s. o.) sehr intensiv ist, gibt man morgens (eventl. schon um 5 Uhr) eine stärkere Dosis. Auf diesem Wege wird man bereits am fünften Tage fünfmal 0,04 Op. geben können. Auch jetzt steigt man etwa in derselben Weise weiter, nur steigert man jetzt die Höhe der Einzeldosis und nicht die Zahl der Einzeldosen. Machen sich Intoxikationserscheinungen bemerklich (schwerere Miosis, stärkere Somnolenz), so bleibt man ein bis zwei Tage auf der-

selben Dosis stehen. Eventuell kann man späterhin noch eine Nachtdosis einschalten. Ist der Kranke einmal einen Tag etwas ruhiger gewesen, so ist dies kein Grund, mit der Steigerung einzuhalten: man soll vielmehr trotzdem mit der Dosis steigen und so dem kommenden neuen Angstaffekt gewissermaßen vorauseilen und vorbeugen. Keinesfalls lasse man sich auch durch einen vorübergehenden sehr durchschlagenden Erfolg der Opiumbehandlung bestimmen, die Anstaltsüberführung aufzuschieben oder ganz zu unterlassen; erfahrungsgemäß stellen sich sehr bald doch wieder stärkere Angstaffekte ein.

Die subkutane Anwendung des Opiums (Extr. Op. aq. 1,0, Aq. dest. 15,0, Glycerin 5,0) ist weniger zweckmäßig; namentlich ängstigt sie ungebildete Melancholische oft in nachteiliger Weise. Man beschränke daher die subkutane Therapie auf

1. sehr schwere Angstanfälle, in welchen es darauf ankommt, den Kranken sehr rasch zu beruhigen.
2. Fälle, in welchen die Kranken sich gegen das Einnehmen von Arzeneien durchaus sträuben.

Morphium scheint mir nicht ganz so zweckmäßig wie Extractum Op. aquos. Für die Dosierung hinsichtlich der Wirkung auf die Psyche ist festzuhalten, daß 5 cg Opium pulv. per os etwa 4 cg Extr. Op. aq. subkutan und 1 cg Morphium subkutan entsprechen.

Die höchste Dosis, bis zu welcher man außerhalb der Anstalt steigen darf, ist im allgemeinen 0,2, die höchste Tagesdosis 0,8. Meist wird durch die Einlieferung in die Anstalt dem Arzt eine so hohe Steigerung der Dosen erspart.

Die hydropathische Behandlung vermag die Wirkung der Bettruhe und des Opiums wesentlich zu unterstützen. Außerhalb der Anstalt ist die hydropathische Einpackung am rätlichsten. Man läßt die Arme jedenfalls aus der Einpackung fort, die Temperatur soll 30—35° C., die Dauer ½—1 Stunde betragen. Am geeignetsten sind die Abendstunden. Prolongierte Bäder (33—35° C., 1 Stunde) wirken auch oft günstig, sind aber oft nicht zu beschaffen und namentlich deshalb bedenklicher, weil der Kranke dabei seine Stube verlassen muß

und so leicht Gelegenheit zu einem jähen Suicidversuch findet. Auf den Kopf sind sowohl während der Einpackung wie während des Bades kühle Kompressen zu legen.

Außer diesen allgemeinen, durch die Krankheit als solche gegebenen Indikationen kommen für die Vorbehandlung noch zahlreiche spezielle Indikationen, welche durch einzelne Symptome gegeben werden, in Betracht. Die für die Praxis wichtigsten sollen im folgenden erledigt werden.

Zunächst ist der Arzt den tobsüchtigen Erregungszuständen der Melancholia agitata gegenüber oft in Verlegenheit. Opium per os versagt hier. Auch subkutane Injektionen von Extr. Op. aq. und Morph., welche man zunächst versuchen wird, reichen oft nicht aus. Am sichersten wirkt dann eine subkutane Einspritzung von 0,015 Morph. + 0,0005 Hyoscin (hydrochlor. oder hydrojod.). Auch hier wählt man bei schwächeren Kranken die Dosis etwas niedriger, bei stärkeren etwas höher. In der Regel tritt danach mehrstündiger Schlaf ein. Auch für die spätere Überführung des Kranken in die Anstalt ist, falls stärkere Agitation besteht, eine solche gemischte Einspritzung sehr zweckmäßig.

Besondere Schwierigkeit bietet ferner die Ernährung des Kranken. Kakao, Milch (wenn keine Obstipation besteht, mit Kalkwasser, 1 Eßl. pro $^1/_2$ Ltr.), Eier, Fleisch, Butter empfehlen sich für die Diät des Melancholischen ganz besonders. Süße Speisen und auch Mehlspeisen werden schlechter vertragen. Grüne Gemüse*) (Kohl, Salat, grüne Bohnen etc.) und Beerenfrüchte sind jedenfalls zu verbieten. 1—2 Glas Bier sind gestattet. Wein ist namentlich bei den senilen Formen oft vorteilhaft. Meist empfiehlt es sich, zur einzelnen Mahlzeit nicht zu viel zu verabreichen und dafür Zwischenmahlzeiten einzufügen. Da das Opium die Salzsäuresekretion des Magens herabsetzt (auch bei subkutaner Verabreichung), so ist von Anfang an nach jeder eiweißhaltigen Mahlzeit 1 Eßlöffel einer Salzsäurelösung (3:200) in einem Glas Wasser zu verabreichen. Etwaige Übelkeit bekämpft man mit Eispillen oder kleinen Atropindosen (0,0004). Die üblichen Stomachica versagen bei der Melancholie fast stets.

*) Höchstens sehr fein gewiegter, lange gekochter Spinat ist zulässig.

Größtes Gewicht ist auf peinlich genaue Mundpflege zu legen. Die Reinigung der Zunge, Zähne etc. muß eventuell von dem Pfleger vor und nach jeder Mahlzeit mit einem angefeuchteten Läppchen vorgenommen werden. Auch ist der Kranke zu 2stündlichem Ausspülen des Mundes anzuhalten. — Bei Nahrungsverweigerung greife man nicht sofort zur Schlundsonde. Durch bald geduldiges, bald energisches Zureden gelingt es meist, den Widerstand des Kranken zu überwinden. Namentlich unmittelbar nach einer Einpackung läßt sich der Kranke oft etwas einflößen. Vor allem biete man dem Kranken immer wieder etwas an und beseitige etwaige Verdauungsstörungen (s. u.), welche zur Nahrungsverweigerung oft ebenso viel beitragen wie die Angstaffekte und Wahnvorstellungen. Hält die Abstinenz trotzdem an, so verabfolge man ernährende Klystiere (1/2 l. Wasser, 2 Eier, 2 Eßl. Stärkemehl, 0,05 Op., 1 Messerspitze Kochsalz, 35° C.). Bei schwächlichen Individuen beginne man mit solchen Klystieren vorsichtshalber schon nach 18 Stunden völliger Abstinenz, bei kräftigeren Personen kann man 24 Stunden warten. Schlundsondenfütterung kommt im allgemeinen nicht vor dem 5. Tag völliger Abstinenz in Betracht. Selbstverständlich ist bei der Wahl des Zeitpunkts auch der Kräftezustand des einzelnen Kranken zu berücksichtigen und schließlich maßgebend.

Rauchen ist stets zu verbieten.

Große Schwierigkeiten kann auch die Obstipation des Kranken verursachen. Diese beruht auf der Melancholie selbst. Die Opiumbehandlung, welche man oft verantwortlich machen wollte, stört die Darmperistaltik nur vorübergehend, im Gegenteil beobachtet man zuweilen unter der Opiumbehandlung zugleich mit dem Nachlaß der Angst einen Nachlaß der Obstipation. Ist 36 Stunden kein oder wenigstens kein ausreichender Stuhlgang dagewesen, so läßt man ein Glyzerinklystier oder eine Eingießung geben. Auch Rizinusöl (2 Eßlöffel morgens nüchtern) ist zweckmäßig. Nur in den hartnäckigsten Fällen wird man zu hohen Eingießungen greifen müssen. Die zuweilen die Opiumbehandlung störenden Durchfälle bekämpft man mit Tinct. Coto oder Argentum nitricum. Auch Cotoin (0,1—0,15

mehrmals täglich) bewährt sich in solchen Fällen recht gut. Auch Bismuthose kann ich empfehlen.

Der Schlaf ist allerdings oft sehr mangelhaft, doch ist ein öfterer Gebrauch von Schlafmitteln nicht zweckmäßig. Man gebe höchstens gelegentlich neben der Abenddosis des Opiums 0,5—1 g Trional oder Veronal oder 2—3 g Chloralamid oder 4 g Amylenhydrat.

Von einer methodischen psychischen Behandlung kann während der kurzen Zeit der Vorbehandlung kaum die Rede sein. Doch vermeide man vor allem eine Diskussion der Wahnvorstellungen. Man beschränke sich auf ein kurzes Trostwort und eine gelegentliche autoritative, gegen die Wahnvorstellungen gerichtete Versicherung. Sowohl gegenüber den Beteuerungen des Melancholikers, er sei nicht krank, sondern schlecht, wie gegenüber den übertriebenen Krankheitsvorstellungen anderer Melancholiker verweist man auf den Befund der ersten gründlichen Untersuchung. Dem ersteren sagt man, nach dem Befund sei sein Nervensystem jedenfalls krank, von dieser Krankheit solle er erst genesen, dann wolle man die Frage seiner Versündigung erörtern. Dem letzteren teilt man mit, die Untersuchung habe außer einem Gemütsleiden nur dies oder jenes harmlose Symptom ergeben; infolge des Gemütsleidens überschätze er es ganz erheblich, man wolle aber beides, das Gemütsleiden und das den Kranken beängstigende Symptom beseitigen. Man kann dann zur Beruhigung des Kranken auch wirklich eine Behandlung des Symptoms, an welches die Angstvorstellungen des Kranken anknüpfen, also z. B. des Herpes praeputialis, an welchen die Syphilisfurcht anknüpft, einleiten; man darf nur nicht glauben, daß mit der Beseitigung des bezgl. Symptoms die hypochondrischen Angstvorstellungen verschwinden. Hauptsache bleibt stets die Behandlung der Melancholie selbst. — Leichte Beschäftigung kann dem Kranken im Bett gestattet werden, jedoch nur, insoweit sie ohne scharfe Instrumente möglich ist.

Die fortlaufenden Besuche des Arztes sollten, wenn irgend möglich, täglich, in schweren Fällen zweimal täglich stattfinden. Bei jedem einzelnen Besuch ist über folgendes zu fragen, bezw. folgendes zu untersuchen:

1. Temperatur, Respiration und Pulsfrequenz: insbesondere gibt die Respiration oft einen ausgezeichneten Gradmesser für die Affektstörung ab (s. in der Symptomatologie).

2. Kontraktionszustand der peripherischen Arterien: je stärker die Arterien kontrahiert sind, um so intensiver ist meist die Affektstörung.

3. Zungenbelag: dabei erinnert man den Pfleger an die Mundpflege.

4. Stuhlgang: auch hier ist sofort das Erforderliche anzuordnen.

5. Nahrungsaufnahme: man lasse sich genau aufzählen, was der Kranke in den letzten 24 Stunden genossen hat. In vielen Fällen ist es angängig und vorteilhaft, darüber Buch zu führen. Ist die Nahrungsaufnahme unzureichend gewesen, so mache man sofort selbst einen Versuch, dem Kranken etwas einzuflößen (Milch, Bouillon mit Ei) und gebe dabei dem Pfleger ein Beispiel der hierbei unerläßlichen Geduld.

6. Schlaf.

7. Pupillen, behufs Kontrolle der Opiumwirkung.

8. Psychischer Zustand: man frage den Kranken selbst nach seiner Traurigkeit und Angst, ob und wann sie besonders intensiv gewesen sind. Nach den Wahnvorstellungen den Kranken bei jedem Besuch zu fragen, ist geradezu schädlich. Aus der geringeren oder größeren Langsamkeit der Antwort kann man zugleich einen Schluß auf den Grad der Denkhemmung ziehen. Eventuell kann man zur Prüfung der Denkhemmung noch einige gleichgiltige Fragen zufügen.

Auf Grund dieser Feststellungen gibt man nun seine Verordnungen für die nächsten 24 Stunden (Opiumdosen, eventuelle Schlafmittel, Einpackungen etc.). Niemals verlasse man die Wohnung des Kranken, ohne nochmals die Vorsichtsmaßregeln gegen Selbstmord kontrolliert und wieder eingeschärft zu haben.

Ist die Überführung in die Anstalt genehmigt, so zögere man keinen Tag. Bei sehr agitierten Kranken gibt man, wie oben erwähnt, eine gemischte Morphium-Hyoscineinspritzung unmittelbar vor der Überführung. Auch eine stärkere in Wasser ca. 4 Stunden vor der Überführung verabfolgte Trionaldosis (1,5 g) ist in solchen Fällen gestattet. Ruhigeren Kranken

teilt man direkt mit, sie sollten jetzt in ein Krankenhaus überführt werden*), und sorgt nur für ausreichende Überwachung während der Fahrt (jedenfalls 2 Begleiter, wenn Eisenbahnfahrt erforderlich ist). Ganz unzweckmäßig ist es, die Kranken zu täuschen und ihnen vorzureden, sie sollten nur jemand besuchen, jemand erwarte sie u. dergl. m. Man flößt dadurch den Kranken, welche später die Täuschung doch merken, ein oft schwer zu überwindendes Mißtrauen ein, welches nicht selten den Erfolg der Anstaltsbehandlung lange Zeit in hohem Maße hemmt. Alle Unwahrheiten, durch welche augenblickliche Erregung dem Kranken und dessen Umgebung erspart werden soll, rächen sich durch ein langewährendes Mißtrauen der Kranken und sind daher durchweg zu vermeiden. Endlich darf ich wohl noch im Interesse der weiteren Behandlung in der Anstalt raten, spätestens zugleich mit der Überführung den Anstaltsärzten eine ausführliche, alle in diesem Aufsatz zur Sprache gekommenen Punkte umfassende Krankheitsgeschichte mitzugeben. Speziell ist jedenfalls die Höhe der letzten Tagesdosis von Opium mitzuteilen.

c) Die dauernde Behandlung der Hypomelancholie.

Zu dieser soll sich der Arzt nur dann entschließen, wenn er erstens Erfahrung in der Behandlung von Psychosen hat, und zweitens die Familienverhältnisse günstig sind, so daß der nachfolgende Kurplan durchführbar ist und störende Gemütsbewegungen nicht zu fürchten sind. Wenn eine dieser beiden Bedingungen nicht erfüllt ist, so tut man besser, den Kranken einer Irrenanstalt oder einer Nervenanstalt zu überweisen. Da die meisten Irrenanstalten jetzt auch offene Abteilungen für leichtere Kranke haben, so ist die Scheu, welche zum Teil auch heute noch besteht, ganz ungerechtfertigt. In manchen Fällen genügt auch die Überführung des Kranken in eine verwandte oder fremde Familie. Schon der Aufenthaltswechsel wirkt zuweilen sehr günstig. Dabei ist natürlich vorausgesetzt,

*) Vergl. hierzu: Emminghaus, Behandlung des Irreseins im Allgemeinen. Handb. d. spez. Therapie. Band V. (3. Auflage von Pfister bearbeitet.)

daß an dem anderen Orte die beiden zu Anfang aufgeführten Bedingungen erfüllt sind.

Unter den therapeutischen Maßregeln steht die Regelung der Lebensweise oben an. Jedenfalls ist dem Kranken zunächst jede Berufstätigkeit zu verbieten, weil die durch seine Denkhemmung und Abulie bedingte Leistungsunfähigkeit beiträgt, seine Depression zu nähren. Aus demselben Grunde ist Hausfrauen die Tätigkeit im Haushalt, namentlich alles selbständige Disponieren zu verbieten. Um den Kranken die stündliche Qual des Entschlusses zu dieser oder jener Tätigkeit zu ersparen, regelt man letztere durch einen ausführlichen Stundenplan. Die Einzelheiten hängen natürlich von dem Geschlecht, dem Stand, der Bildung etc. des Kranken ab. Jedenfalls sind kurze, langsame, regelmäßige Spaziergänge anzuordnen. Die Bettruhe ist auch auf einen Teil des Tages auszudehnen, jedenfalls aber nicht in das Belieben des Kranken zu stellen. Sehr wesentlich ist eine regelmäßige Beschäftigung, welche den Kranken beschäftigt und ablenkt, ohne ihn anzustrengen und zu verstimmen. Zeichnen, Aquarellieren, Exzerpieren, eventuell auch einfaches Abschreiben, leichte Übersetzungen aus fremden Sprachen, Pflanzensuchen und Pflanzenbestimmen, Gartenarbeit, Holzsägen, Modellieren und dergl. mehr kommen namentlich in Betracht. Bei weiblichen Kranken sieht man auch bestimmte Stunden für leichtere Handarbeiten, Küchenarbeit etc. vor. Einfache Spiele wirken oft günstig.*). Die üblichen gewaltsamen Zerstreuungsversuche (Konzerte, Theater, Gesellschaften) sind durchaus zu verwerfen. Sehr zweckmäßig sind auch regelmäßige, nicht anstrengende Turnübungen (Zimmergymnastik, Hantel- und Stabübungen). Der folgende Stundenplan hat sich mir z. B. bei gebildeten Kranken schon öfters bewährt:

Bis 9 Uhr Bettruhe,
8 „ erstes Frühstück im Bett,

*) Schon Willis (De anima brutorum. Pars pathologica S. 159. Opp. omn. Amstelaedami 1682) gibt ähnliche Vorschriften. Zunächst empfiehlt er Aufheiterung, z. B. durch „pictura“, dann aber fährt er fort: „quos deliciae aut ludicra non juvant (quibusdam enim melancholicis ea semper ingrata), illi ad negotia leviora ineunda suscitentur, — etiam peregrinatio interdum valde prodest.“

9 Uhr kühle Waschung des ganzen Körpers (18° C 5′) und Toilette; event. 20—40 Hantelübungen oder Früh-Spaziergang,

$9^1/_2$—10 Uhr Ruhe und 2. Frühstück,

10—11 Uhr Zeichnen,

11—12 „ leichte Küchenarbeit, Abstäuben etc.,

12—$12^3/_4$ Uhr Spaziergang,

1 Uhr Mittagessen,

$1^1/_2$—$3^1/_2$ Uhr Bettruhe,

$3^1/_2$ Uhr Waschung wie morgens, Toilette, Milchtrinken,

4—$4^3/_4$ Uhr Spaziergang,

$4^3/_4$—$5^1/_2$ Uhr Ruhe,

$5^1/_2$—$6^1/_2$ „ Exzerpieren, z. B. aus einer Reisebeschreibung,

$6^1/_2$—7 Uhr Ruhe,

7 Uhr Abendessen; vorher 20—40 Hantelübungen, danach zu Bett,

8—9 Uhr leichte Handarbeit,

9 Uhr laue Waschung des ganzen Körpers (26° C., 4′).

Selbstverständlich besteht die Kunst des Arztes gerade darin, diesen Stundenplan möglichst genau dem Einzelfall anzupassen. Täglich muß man sich vergewissern, daß der Kranke den Plan eingehalten, und sich zeigen lassen, was er geleistet.

Die Diät ist ähnlich wie bei der Vorbehandlung der Melancholie s. str. zu regeln. Genaue Mundpflege ist auch hier notwendig. Salzsäure ist nur zu verordnen, wenn Hypochlorhydrie nachgewiesen ist. Unter den Stomachicis bewährt sich Tct. nuc. vomicae am besten. Die Obstipation ist durch Leibmassage und Rumpfgymnastik methodisch zu bekämpfen, auch ist event. morgens nüchtern Kompott oder 1 Teelöffel Kochsalz (auf 1 Glas Wasser) zu geben. Ist der Ernährungszustand sehr stark gesunken, so kommt eine regelrechte Mastkur in Betracht. Eisen, Arsen und Chinarinde sind oft als Adjuvantia am Platze.

Der Schlaf bedarf zuweilen der Nachhilfe. Zuweilen genügt eine Flasche schweren Biers. Auch leichte Effleurage des Nackens und der Stirn ist zuweilen nützlich. Eigentliche Schlafmittel sind, wenn irgend möglich, vollständig zu vermeiden. Höchstens darf wöchentlich einmal Chloralamid (2 g) oder Trional (1 g in heißer Milch) verabfolgt werden.

Im übrigen sind Medikamente nicht angezeigt. Speziell ist auch eine regelmäßige Opiumbehandlung nicht rätlich Klagen die Kranken über leichte, unbestimmte Bangigkeit, so verordnet man gelegentlich 0,04 Opium oder 0,03 Codein. phosphor. Stellen sich Angstaffekte ein, so tritt alles dasjenige in Kraft, was über die Behandlung der Melancholia anxia gesagt wurde; namentlich ist dann auch die Überführung in eine Anstalt zu veranlassen und bis zu dieser peinliche Überwachung wegen Selbstmords geboten. Auch wenn Angstaffekte nicht bestehen, tut man gut, sich durch eine gelegentliche offene Frage (s. o.) zu orientieren, ob Selbstmordgedanken bestehen.

Sehr nützlich ist eine leichte hydrotherapeutische Behandlung. Namentlich wirken öfters wiederholte kühle Waschungen im Laufe des Tages günstig. Abends ist eine laue Abwaschung vorzuziehen (vergl. den obigen Stundenplan). Statt letzterer kann man gelegentlich auch eine hydropathische Einpackung (33° C $^3/_4$ St., bei Anämischen 35—36° C) anordnen; die Arme sind jedenfalls freizulassen. Ich setze dem Wasser, in welches das Bettuch eingetaucht wird, in der Regel 20—30 g Staßfurter Salz auf 8 l zu. Auch schwache faradische Bäder (33° C, 20—25 Min.) haben sich mir in einzelnen Fällen recht gut bewährt.

Im weiteren Verlauf der oft sehr langwierigen Behandlung gewöhne man, wenn das körperliche Befinden sich bessert, den Kranken allmählich an mehr körperliche und später auch an mehr geistige Beschäftigung. Stellt sich ein längerer Stillstand in der Besserung ein und droht die Krankheit einen chronischen Charakter anzunehmen, so ist unbedingt ein Wechsel des Aufenthalts geboten, also z. B. Übersiedelung in eine fremde Familie oder in eine Nervenanstalt oder eventuell eine Reise in Begleitung eines zuverlässigen Verwandten oder Freundes.

Die Melancholie ist eine der heilbarsten Geistesstörungen Bei richtiger Behandlung beträgt der Prozentsatz der Heilungen über 90%. Der Prozentsatz der tatsächlichen Heilungen ist erheblich geringer, weil viele Fälle außerhalb der Anstalten verschleppt werden oder mit Suicid enden. Möge es diesen Zeilen gelingen, die Zahl dieser seither ungeheilt gebliebenen und doch heilbar gewesenen Fälle zu verringern.

Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff), Halle a. S.


Photomount
Pamphlet
Binder
Gaylord Bros. Inc.
Makers
Stockton, Calif.
PAT. JAN. 21, 1908
L618 Ziehen,T. 69520
Z66 .. Die Melancholie
1907
NAME
DATE DUE

